

27/17

CONTRATO DE PRESTAÇÃO

DE

SERVIÇOS MÉDICOS E

HOSPITALARES

CARACTERÍSTICAS

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Nome Plano: Prata 4 – Estadual – Básico – CE - C/ obst
Área Geográfica de Abrangência: Estadual
Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria
Formação de Preço: Pré- Estabelecido
Vínculo do Beneficiário: Empregatício
Padrão de Acomodação: Enfermaria - Produto n.º 461.211/10-6
Fator Moderador: Sem co-participação

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Mário José de Jesus
Advogado

INSTRUMENTO JURÍDICO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **Unimed Recife- Cooperativa de Trabalho Médico**
Nome de fantasia: **Unimed Recife**
Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: **11.214.624/0001-28**
Registro de Operadora na ANS: **34488-5**
Classificação da Operadora na ANS: **Cooperativa Médica**
Endereço: **Av. Lins Petit, n.º 140, Ilha do Leite, CEP 50.070-230, Recife - PE**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Hospital do Tricentenário**
C.N.P.J: **10.583.920/0001-33**
Endereço: **Rua Farias Neves Sobrinho, n.º 232, Bairro Novo, Olinda – PE, CEP: 53.120-420.**

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 1. Os registros de identificação, a que se refere este contrato, são os seguintes:

- I - Nome do Plano: **Prata 4 – Estadual – Básico – CE – C/ obst**
- II - Número de Registro na ANS: **461.211/10-6**

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 2. O tipo de contratação do plano de saúde é Coletivo Empresarial, conforme determina o artigo 16, VII, da Lei 9656/98.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 3. Este contrato é um plano de segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, conforme Legislação vigente.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 4. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica em todo o Estado de Pernambuco.

Art. 5. Será assegurado aos beneficiários contratantes o atendimento nos casos de urgência e emergência, em todos os Estados do território Nacional, através do sistema de Intercâmbio entre as UNIMEDS.

Gustavo Araújo
 **SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS**

Vanessa Jungmann
 **ANALISTA DE
CONTRATO**


RECIFE

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

Art. 6. Este plano tem como área de atuação em todo o estado de Pernambuco.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 7. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação coletiva (enfermaria)

Parágrafo Único: Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido a contratante o acesso à acomodação, em nível superior (limitado a apartamento), sem ônus adicional.

FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 8. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten Signature]
Mário Augusto Lima
Diretor Administrativo

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 9. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98 visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 10. Objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

Art. 11. Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 12. Entende-se como Beneficiário Titular a pessoa física que mantém com a CONTRATANTE relação empregatícia ou estatutária.

Art. 13. Poderá ainda participar como Beneficiário do Plano:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os trabalhadores temporários; e
- IV - os estagiários e menores aprendizes;

DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Art. 14. Entende-se como beneficiário dependente, aquele com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular.

Art. 15. Para fins deste contrato admite-se como Beneficiário dependente:

- a) o cônjuge;
- b) filhos (as) solteiros (as) 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, sendo necessária a declaração judicial da relação estável.

Art. 16. O ingresso do grupo familiar acima descrito dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 17. Os filhos que ultrapassarem a idade limite (24 anos) serão automaticamente excluídos da relação de dependência, podendo ficar sob o abrigo do contrato, na condição de agregado, desde que façam a opção no prazo máximo de até 30 (trinta) dias.

DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS

Art. 18. Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos, do beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98.

DO RECÉM-NASCIDO NATURAL OU ADOTIVO

Art.19. É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do cumprimento dos períodos de carência como também não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do beneficiário.

Parágrafo único: A não observação do prazo de 30 (trinta) dias, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

DO CÔNJUGE

Art. 20. O cônjuge do beneficiário titular, poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

Parágrafo único: A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

DO RELATÓRIO DE INCLUSÃO

Art. 21. Quando da assinatura deste contrato, a **CONTRATANTE** encaminhará, em relatório próprio, fornecido pela **CONTRATADA**, a relação dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

Art. 22. As futuras inclusões, exclusões e alterações de beneficiários, serão informadas por meio de planilha de movimentação, que deverá ser entregue até a data previamente acordada entre as partes, para que tenham vigência no mês subsequente à alteração solicitada.

Art. 23. Caberá a empresa **CONTRATANTE** a exibição de documentos que comprove o vínculo do titular com a **CONTRATANTE** e a relação de parentesco dos dependentes com o titular.

Art. 24. Por ocasião da contratação do plano de saúde a **CONTRATANTE** deve atender as condições de admissão e encaminhar a Unimed Recife:

A) Cópia do Contrato Social com a última alteração;



B) Cartão do CNPJ;

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Unimed 
RECIFE Advogado

C) Comprovante de Endereço e telefone;

D) Relação dos funcionários inscritos no FGTS ou outro documento que comprove o vínculo do titular com a **CONTRATANTE**

Art. 25. É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, manter atualizada, através do Formulário Cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: nº CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, profissão, outros.

Art. 26. A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, até o prazo de 20 (vinte) dias do faturamento de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para fins deste contrato.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 27. A UNIMED RECIFE cobrirá os custos, em conformidade com as condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 10 da Lei n. 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções **vigentes** e suas atualizações.

Da Cobertura ao Transtorno Mental

a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.


b) A cobertura de psicoterapia respeitará o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas (DC).


c) A internação psiquiátrica se dará apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

d) Estão cobertas as internações em hospital-dia de acordo com as Diretrizes de Utilização determinadas pela legislação vigente;

e) Entende-se por hospital-dia o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, pautados em programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

f) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]


Da Co – Participação em Saúde Mental


- a) Só será aplicada Co-Participação às internações relacionadas ao Transtorno Mental, caso o contrato preveja co-participação para as demais especialidades.
- b) Em havendo co-participação e ultrapassados o limite de 30 dias de internação estabelecido na Resolução Vigente, o Beneficiário ficará sujeito ao pagamento de 20% a título de co-participação de cada diária excedida.
- c) O limite acima estabelecido será aplicado quando a internação ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art.28. O Segmento Ambulatorial compreende os seguintes atendimentos:

- a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas(especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput desse artigo;
- c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos vigentes;
- d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas;
- e) cobertura de psicoterapia de acordo com número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme item b) constante no tema Cobertura ao Transtorno Mental;
- f) a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas (DC);
- g) cobertura das ações de planejamento familiar, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]
Data: 11/08/2010
Hora: 14:30


- i) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente/ cooperado a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- l) cobertura de radioterapia ambulatorial, conforme descrito no Rol de Procedimentos;
- m) cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimento vigentes;
- n) cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos conforme Resolução vigente; e
- p) Cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, desde que constantes no ROL de procedimentos vigente na época do evento.

Da Cobertura ao Planejamento Familiar

a) As ações de planejamento familiar devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos vigentes à época do evento, observando – se as seguintes definições:

I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

Gustavo Araújo

SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

ANALISTA DE
CONTRATO

III – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

IV – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 29. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica;

b) 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;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) 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;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;


f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nos contratos, em território brasileiro (artigo 12, II, alínea “e” Lei 9.656/98);

g) cobertura de despesas de acompanhante, incluindo acomodação e alimentação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

h) cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]
Unimed 
RECIFE Advogado

i) cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar :

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente ;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento ;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) a cobertura de 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.

l) a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;


m) cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e do transplante de Medula Óssea por método autólogo e alogênico, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;


n) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

o) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;

p) Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



- q) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos vigente.
- r) Para fins de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico deve ser observado o seguinte:
- I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos Vigente;
- II - o profissional médico ou dentista, requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.
- s) Ficará a critério do médico assistente/cooperado a garantia da assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência.
- t) Estarão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
- u) É assegurado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, a cobertura assistencial relativa a participação do profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- v) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato será assegurado, independentemente do local de origem do evento.
- x) Serão cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, sendo respeitadas as segmentações contratadas;
- y) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos vigente, de acordo com a segmentação contratada. As escopias listadas no Rol de Procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Art. 30. O Segmento Obstétrico compreende os seguintes atendimentos:

- a) Toda a cobertura definida para a segmentação hospitalar descrita acima, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) cobertura de 01(um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, entendido este como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto;

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Gustavo Araújo
Superintendente de Marketing e Negócios

c) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

d) É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição como dependente, do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do máximo cumprimento dos períodos de carência e de DLP (doenças e Lesões Preexistentes), desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 31. Em conformidade com o que prevê a Lei, as Resoluções, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimento, serviços ou procedimentos descritos neste contrato e os provenientes de:

a) Tratamento Clínico ou cirúrgico experimentais, entendidos assim como aqueles que;

I - empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

II - são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina -CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou

III – cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label)



b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internação domiciliar;

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

- g) Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico, entendendo-se como Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e Órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido e sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Casos de cataclismos, guerras e comocões internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Consultas e enfermagem domiciliares;
- l) Aplicação de Vacinas preventivas;
- m) Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos de prontos-socorros ou ambulatórios;
- n) Necropsia, tratamentos com medicina alternativa, tais como: ortomoleculares e mineralograma de cabelo;
- o) Aluguel de equipamento ortopédicos, hospitalar e similares;
- p) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- q) Implante (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea, rim e transplante de medula óssea previsto no Rol de procedimentos da ANS);
- r) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- s) Quaisquer medicamentos, próteses, órteses, materiais de qualquer natureza, necessários a realização da cirurgia, de origem estrangeira, exceto os nacionalizados, com certificação positiva na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- t) O sistema de atendimento em "Home-Care", assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do beneficiário, com a colocação em seu endereço, dos aparelhos necessários ao seu atendimento;
- u) Cirurgias oftalmológicas de miopia abaixo de 05 (cinco) graus e Hipermetropia abaixo de 6 (seis) graus;

Gustavo Araújo
Unimed  SUPERINTENDENTE
RECIFE DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed  ANALISTA DE
RECIFE CONTRATO


ANALISTA DE
CONTRATO

v) Tratamento de varizes – esclerose.

x) despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), tais como materiais odontológicos e honorários, inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambulatório, ma que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

w) Investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade.

y) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 32. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com vigência à partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional, podendo ser, a partir daí, denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.

Art. 33. Para fins de aplicação do reajuste será considerado a data de início da assinatura do contrato.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 34. A CONTRATADA assegura, aos beneficiários titulares e dependentes, quando for o caso, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados.

Art. 35. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número inicial de participantes maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cumprimento de carência, quando a inclusão do titular e seus dependentes, ocorrerem dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da assinatura do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Art. 36. Em havendo cumprimento de carência, estas serão aplicadas dentro dos limites abaixo:

I - 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento de urgência/emergência;

II - 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames básicos de diagnósticos e terapia;

III - 180 (cento e oitenta) dias exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;

IV - 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Art. 37. Os prazos serão contados a partir da efetiva inscrição do titular e dos dependentes, regularmente inscritos, na proposta de adesão.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 38. Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

Art. 39. Nos casos em que o plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial perca a condição prevista acima, ou seja, passe a possuir um número inferior a 30 (trinta) beneficiários, poderá a CONTRATADA impor cumprimento de prazos de carência para os novos aderentes, podendo incidir também a aplicação de Cobertura Parcial Temporária e Agravo para os casos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 40. Tratando-se de Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta), desde que formalizem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE, não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 41. O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), implicará na aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente

Art. 42. Em se tratando de contratação com número de beneficiários menor que 30 (trinta) o beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Art. 43. **Doenças ou Lesões Preexistentes** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Art. 44. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Art. 45. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 46. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.


Art. 47. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]
Advogado

- Art. 48. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- Art. 49. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.
- Art. 50. **Cobertura Parcial Temporária** - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- Art. 51. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- Art. 52. O oferecimento do agravo será facultativo e regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do agravo.
- Art. 53. a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- Art. 54. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- Art. 55. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br
- Art. 56. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- Art. 57. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO


ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 58. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Art.59. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Art. 60. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Art. 61. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Art. 62. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Art.63. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Art. 64. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA


Art. 65. Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.


Art. 66. Entende-se como emergência o evento que implica no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.

Art. 67. É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência.

Art. 68. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Art. 4º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 69. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou cobertura parcial temporária, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Arts. 3º e 6º da Resolução CONSU nº 13/98).

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]
[Rubrica]

Art. 70. Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, 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 beneficiário, não cabendo qualquer ônus à contratada.

Art. 71. Após cumpridas as carências contratuais é assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 72. A UNIMED RECIFE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência a saúde, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços pela rede credenciada, através do Sistema Unimed de Intercâmbio.

REMOÇÃO

Art. 73. Quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, o presente contrato garantirá cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato (Art. 12, inciso II, alínea "e", da Lei 9.656/1998).



Art. 74. É garantido a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.



Art. 75. É garantido da remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 76. Nos casos previstos nesta seção, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Art. 77. Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Art. 78. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 79. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO

Art. 80. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a tabela de preço de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

Art. 81. O reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela Contratada, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.

Art. 82. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, 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;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 83. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.


Art. 84. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.


TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 85. O presente contrato não possui modalidade de acesso a livre escolha de prestadores

TEMA X - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 86. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]
Advogado

Art. 87. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médicos-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previsto neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados das Cooperativas médicas, cuja relação será entregue ao CONTRATANTE.

b) atendimentos clínico, cirúrgico e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados e constantes do Guia de Serviço de Saúde.

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente e constante do Guia de Serviço de Saúde.

Art. 887. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 89. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.


Art. 90. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, dentro do prazo de dois dias úteis, deverá comunicar a Contratada do serviço utilizado.

Art. 91. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

Art. 92. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação do médico assistente devidamente justificada.

Art. 93. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

Art. 94. Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 95. Será distribuído ao beneficiário o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. As atualizações do guia médico estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento e na internet.

Art. 96. Devendo entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão de processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 97. Considerando a diferenciação de preços deste plano, o atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, fica restrito aos médicos, serviços ambulatoriais, laboratórios, e hospitais, que constem da relação entregue ao beneficiário, ficando o reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência que não possam ser feitos por estes profissionais, limitados a valores correspondentes aos que seriam devidos da forma deste contrato, aferido através da tabela de referência.


Art. 98. 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 critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

Art. 99. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

Art 100. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, serão realizados pelos serviços próprios ou credenciados da Operadora, não havendo restrição quanto ao solicitante, desde que os procedimentos e demais serviços solicitados estejam nos limites da cobertura contratada.

Paragrafo Único: Nas hipóteses em que o beneficiário CONTRATANTE optar pela realização de consulta(s) eletiva(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado, o mesmo assumirá a responsabilidade pelo pagamento dos honorários médicos do respectivo profissional. O mesmo procedimento deverá ser adotado nos casos em que o beneficiário CONTRATANTE optar em realizar cirurgia(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]
Adoptado

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 101. O beneficiário deverá requerer a emissão de autorização prévia de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares à exceção das consultas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas, citopatologia (exceto biopsia de congelamento), eletrocardiograma simples, eletroencefalograma simples, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos não contrastados, exames e testes alergológicos, biopsia do colo uterino, citologia oncótica colposcopia, excisão de pólipos uterino, eletrocauterização e cauterização química do colo uterino, Biopsia de Vulva, Vulvoscopia, Exereses de cisto vaginal, Excisão de Pólipos Cervical, Eletroencefalograma simples, teste alérgicos, Raio X, exceto os que necessitam de contratante e o panorâmico, teste e exercício ortóptico, histopatológico, anatomia patológica, mamografia convencional, Endoscopia Digestiva alta com Biopsia exceto com o uso de anestesia, Mielograma, Retosigmoidoscopia, Penioscopia, Fundoscopia, Exame de utilidade ocular,

Art. 102. A autorização poderá ser obtida na sede da Unimed Recife ou através do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) identificados no Guia Médico.

Art. 103. Os procedimentos relacionados a transplantes, colocação de prótese e órtese, cirurgias neurológicas e cirurgias relacionadas à mama terão tratamento especial, sendo submetido à apreciação do Comitê Técnico no sentido de avaliação e aplicação em cada caso concreto.

DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E DO GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Art. 104. Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 na contratação e adesão de beneficiários a este plano de saúde será entregue aos beneficiários o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 105. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Art. 106. Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, junto a UNIMED RECIFE, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98) e aos entes da administração pública (funcionários públicos), que poderão se for o caso receberem boletos individuais.

Art. 107. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 108. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, os valores relacionados na proposta inicial, na data do vencimento da fatura sob pena de ocorrer impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e 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, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Art. 109. As mensalidades e os eventuais valores relativos as despesas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na **Proposta de Admissão**.

Art. 110. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do plano, nos termos deste contrato, será remetido boleto único de cobrança ao titular, com vencimento no mesmo dia previsto do pagamento da mensalidade da **CONTRATANTE** (art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98).

Art. 111. Os preços das mensalidades definidos para estes contratos foram delimitados adotando-se estritamente os custos dos serviços expressamente contidos no mesmo.

Art. 112. 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 na **CONTRATADA** para que não se sujeite as conseqüências da mora.

Art. 113. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 114. Caberá a empresa **CONTRATANTE** juntamente com a **CONTRATADA** informarem aos Beneficiários titulares e dependentes, recebedores de boletos individuais de pagamento, por conta do benefício de manutenção do plano tratados nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, bem como aqueles beneficiários possuidores de vínculo empregatício de natureza jurídica estatutária, também recebedores de boletos individuais de pagamento, que o atraso na mensalidade pelo período de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, após notificação prévia até quinquagésimo dia, incidirá na rescisão contratual.

TEMA XII - REAJUSTE

Art. 115. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, observadas as formalidades legais, obedecendo 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 da moeda no período.

Art. 116. A ANS será informada através da operadora sobre o percentual de reajuste até 30 (trinta) dias após a data da aplicação.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Adm. Geral

Art. 117. Se, por qualquer motivo, os valores reajustados da forma descrita acima deixarem de corresponder com a defasagem monetária no período, em razão de peculiaridades do setor, nos termos da lei, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa abaixo, 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.

Art. 118. O cálculo dos reajustes influirá na fatura do mês seguinte ao que se constate que o índice de sinistralidade alcançou 0,75 (setenta e cinco centésimos) do valor pago mensalmente, e, obedecerá a seguinte fórmula:

$$IC = \frac{SA}{0,75 \times PC}$$

IC = Índice de Correção da mensalidade no Ano

SA = Soma da Utilização do Ano

PC = Soma das Mensalidades Cobradas no Ano

0,75 = Índice Máximo de Sinistralidade

Art. 119. O Índice de sinistralidade negociado entre as partes será objeto de Termo Aditivo, a aplicação de reajuste por sinistralidade será procedida de forma complementar.

I - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares: a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos; b) diárias e taxas hospitalares; c) materiais; e, d) medicamentos.

II - Compõem as despesas administrativas: a) salários; e b) outras despesas.

Art. 120. O reajuste da mensalidade por sinistralidade ocorrerá após 12 (doze) meses de contratação do plano.

Art. 121 Fica estabelecido que independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como datas base única.

a) No caso de opção pelo agravo das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistente os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.

Art. 122. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste plano e contrato.

Art. 123. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente de acordo com 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 da moeda no período, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, a partir da data da assinatura do contrato.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO



TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 124. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

Art. 125. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 126. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Faixa Etária	Coletivo Empresarial (Enfermaria)
0-18	0%
19-23	13,8901%
24-28	16,0757%
29-33	3,3424%
34-38	19,4909%
39-43	16,3116%
44-48	33,1144%
49-53	44,4556%
54-58	30,7746%
>59	23,5325%

Art. 127. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, e a Resolução ANS/ nº 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

Art. 128. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (Art. 3º da RN nº63/03).

Art. 1129. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 130. Os reajustes por mudança de faixa etária ficarão sem efeito, sempre que as partes negociarem preços da forma de *per capita* médio, assim definidos na proposta comercial, que faz parte integrante deste contrato.

TEMA XIV – BONUS E DESCONTOS

Art. 131. Este contrato não possui modalidade de bônus e/ou descontos.


Gustavo Araújo
Unimed  SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS
RECIFE


Vanessa Jungmann
Unimed  ANALISTA DE
CONTRATO
RECIFE


[illegible]
[illegible]
[illegible]

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 132. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Art. 133 O ingresso no plano deverá ser formalizado pelo beneficiários em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Direito de permanência no plano de saúde do demitido sem justa causa

Art. 134. É assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED RECIFE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/98 e deste contrato.

Art. 135. Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.


Art. 136. O exonerado ou demitido deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.

Art. 137. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

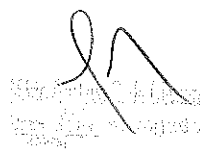
Art. 138. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência a saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, nos termos do no art. 30 da Lei 9.656/98 e deste contrato.

Art. 139. O direito assegurado ao beneficiário demitido, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 140. A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular demitido em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED RECIFE.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



Direito de permanência no plano de saúde para o aposentado:

Art. 141. É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED RECIFE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98).

Art. 142. Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.

Art. 143. O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa

Art. 144. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Art. 145. Em caso de morte do titular aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes, desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, conforme for o caso.

Art. 146. O direito assegurado ao beneficiário aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 147. A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular aposentado, em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED RECIFE.

Art. 148. O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das prestações de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito da UNIMED RECIFE requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]

Oferecimento do Plano Individual/Familiar

Art. 149. No caso de cancelamento deste contrato pela empresa contratante, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da UNIMED RECIFE, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A UNIMED RECIFE disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;

Art. 150. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Art. 151. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 152. Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

Art. 153. É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do empregado ao plano individual familiar no prazo estabelecido.

Art. 154. A garantia prevista neste título só é dada em caso de vínculo empregatício, onde haja contribuição do beneficiário no pagamento da mensalidade.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO


Art. 155. Caberá **exclusivamente** à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

Art. 156. A UNIMED RECIFE somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- fraude
- por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 157. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Titular:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando perder o vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, desde que previstos em regulamento ou contrato;
- 3) quando vier a falecer, após a comunicação do fato à CONTRATADA pela CONTRATANTE;
- 4) em caso de inadimplência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular realizada pela CONTRATANTE, que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias;
- 5) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 158. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;
- 3) quando o Beneficiário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
- 4) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 159. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o Beneficiário Titular e / ou da pessoa jurídica CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.


TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 160. A CONTRATADA poderá suspender ou rescindir unilateralmente o Contrato nos casos de:

I- Fraude

II - Descumprimento do CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato.

Art. 161. Será considerado rescindindo 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.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]

Art. 162. A rescisão por inadimplemento de obrigações contratuais será precedida de notificação, com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação de medidas, permitindo-se a **CONTRATANTE**, nesse prazo, a regularização de sua situação perante à **CONTRATADA**.

Art. 163. Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, só poderá fazê-lo após o período mínimo contratual de 12 (doze) meses de vigência, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias.

Art. 164. Caberá a **CONTRATADA** a rescisão contratual antes da vigência mínima de 12 (doze) meses nos casos de:

I- Fraude; e

II – Inadimplência por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

Art. 165. Caso ocorra rescisão imotivada por qualquer das partes contratantes, antes do período mínimo de vigência contratual de 12 (doze) meses não haverá incidência de multa .

Art. 166. Não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

Art. 167. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias mencionado no item anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Art. 168. A suspensão do Contrato se dará após 30 dias de inadimplência seguido da devida notificação prévia.

Art. 169. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

Art. 170. A **CONTRATADA** garantirá o oferecimento de planos em modalidade individual/ familiar aos beneficiários participantes do contrato coletivo, em caso de cancelamento, com aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, de acordo com tabela de vendas vigente à época da nova adesão.


Paragrafo único: A adesão dos beneficiários deverá ser realizada em período máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da rescisão do contrato coletivo.

TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 171. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 172. 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.

Gustavo Afonso
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 173. Ocorrendo a perda ou extravio da CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO ou de outros documentos, o beneficiário titular obriga-se a comunicar em 48 (quarenta e oito) horas, por escrito, o fato à **CONTRATADA**.

Art. 174. Será cobrado o valor de R\$5,00 (Cinco reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação da operadora, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.

Art. 175. O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso excepcional de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

Art. 176. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 177. O **CONTRATANTE**, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 178. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 179. É parte integrante deste contrato a proposta nº 289/2011



Art. 180. Declara a **CONTRATANTE** que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe faculta coberturas iguais a este contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 (vinte e quatro) horas de carência, conforme Resolução nº 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.

Art. 181. Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças preexistentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo de contratação.

Art. 182. As pendências financeiras, tais como, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, serão realizadas por vias próprias da OPERADORA.

Art. 183. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos Vigente e no contrato.

Art. 184. É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, 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 quaisquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do beneficiário; rescisão, resolução ou rescisão do presente.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO


Adogado

Art. 185. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica (qualificada na proposta em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os associados mencionados no objeto do presente contrato.

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 Unimed ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada unicamente para este plano Unimed.

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

Art. 186 . 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, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.

III - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, 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 a pessoa física, formalmente vinculada ao Contrato, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados.

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, total ou parcial, às coberturas contratadas.

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

IX - **CERTIFICADO CONTRATUAL:** é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à 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.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado, a suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes, assim caracterizadas pela ANS.

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 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde 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; amigo; amasiado ou 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 PREEEXISTENTE: 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 até a 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 à 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 e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultrasonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista; 17) cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exames e testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPÉRINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]
Adm. 100

- função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico . São também considerados procedimentos especiais a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.
- XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- XXVII - 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.
- XXVIII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, após as formalidades legais de contratação.
- XXIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXX - MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXXI - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- XXXII - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXIII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXIV - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.
- XXXV - PLANO BÁSICO: Plano de coberturas com internação em quarto coletivo ou enfermaria.
- XXXVI - PLANO ESPECIAL: Plano de coberturas com internação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante de acordo com a disponibilidade do hospital.
- XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
- XXXIX - PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar constantes do Plano adquirido, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).
- XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.
- XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
- XLIV - UNIMED RECIFE é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO

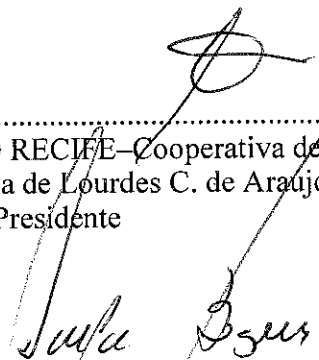



XLVI – PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – são os procedimentos adotados em relação definida pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, referentes a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, que sofrerão carência de 24 (vinte e quatro) meses para cobertura pelo contrato.

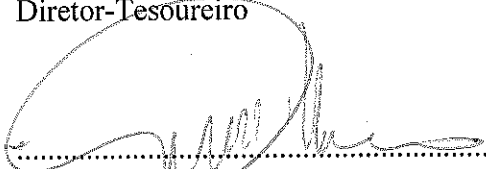
TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

Art. 187. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Recife, 25 de agosto de 2011.


.....
UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
Dra. Maria de Lourdes C. de Araujo
Diretora-Presidente


.....
UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
Dr. Divaldo Gomes Bézerra Filho
Diretor-Tesoureiro


.....
Hospital do Tricentenário
Dr. Gil Mendonça Brasileiro
Procurador

TESTEMUNHAS


.....
NOME

RG 2070702558-PE


.....
NOME

RG 7602599 - SDS/PE


Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS


Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO


DE

SERVICOS MÉDICOS E

HOSPITALARES

CARACTERÍSTICAS

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Nome Plano: Prata 4 – Estadual – Especial – CE - C/ obst
Área Geográfica de Abrangência: Estadual
Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Formação de Preço: Pré- Estabelecido
Vínculo do Beneficiário: Empregatício
Padrão de Acomodação: Apartamento - Produto n.º 461.212/10-4
Fator Moderador: Sem co-participação

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



INSTRUMENTO JURÍDICO

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **Unimed Recife- Cooperativa de Trabalho Médico**
Nome de fantasia: **Unimed Recife**
Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: **11.214.624/0001-28**
Registro de Operadora na ANS: **34488-5**
Classificação da Operadora na ANS: **Cooperativa Médica**
Endereço: **Av. Lins Petit, n.º 140, Ilha do Leite, CEP 50.070-230, Recife - PE**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Hospital do Tricentenário**
C.N.P.J: **10.583.920/0001-33**
Endereço: **Rua Farias Neves Sobrinho, n.º 232, Bairro Novo, Olinda – PE, CEP: 53.120-420.**

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 1. Os registros de identificação, a que se refere este contrato, são os seguintes:

I - Nome do Plano: **Prata 4 – Estadual – Especial – CE – C/ obst**
II - Número de Registro na ANS: **461.212/10-4**

TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 2. O tipo de contratação do plano de saúde é Coletivo Empresarial, conforme determina o artigo 16, VII, da Lei 9656/98.


TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 3. Este contrato é um plano de segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, conforme Legislação vigente.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 4. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica em todo o Estado de Pernambuco.

Art. 5. Será assegurado aos beneficiários contratantes o atendimento nos casos de urgência e emergência, em todos os Estados do território Nacional, através do sistema de Intercâmbio entre as UNIMEDS.

Gustavo Araújo

SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

ANALISTA DE
CONTRATO



ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO


Art. 6. Este plano tem como área de atuação em todo o estado de Pernambuco.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 7. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação individual (apartamento)

FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 8. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Gustavo Argalho
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]
Unimed 
RECIFE

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 9. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei 9.656/98 visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 10. Objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

Art. 11. Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 12. Entende-se como Beneficiário Titular a pessoa física que mantém com a CONTRATANTE relação empregatícia ou estatutária.

Art. 13. Poderá ainda participar como Beneficiário do Plano:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os trabalhadores temporários; e
- IV - os estagiários e menores aprendizes;

DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE


Art. 14. Entende-se como beneficiário dependente, aquele com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular.

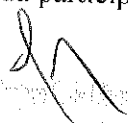

Art. 15. Para fins deste contrato admite-se como Beneficiário dependente:

- a) o cônjuge;
- b) filhos (as) solteiros (as) 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, sendo necessária a declaração judicial da relação estável.

Art. 16. O ingresso do grupo familiar acima descrito dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 17. Os filhos que ultrapassarem a idade limite (24 anos) serão automaticamente excluídos da relação de dependência, podendo ficar sob o abrigo do contrato, na condição de agregado, desde que façam a opção no prazo máximo de até 30 (trinta) dias.

DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS

Art. 18. Os filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos, do beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98.

DO RECÉM-NASCIDO NATURAL OU ADOTIVO

Art. 19. É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do cumprimento dos períodos de carência como também não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária ou agravo, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do beneficiário.

Parágrafo único: A não observação do prazo de 30 (trinta) dias, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

DO CÔNJUGE

Art. 20. O cônjuge do beneficiário titular, poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

Parágrafo único: A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

DO RELATÓRIO DE INCLUSÃO

Art. 21. Quando da assinatura deste contrato, a **CONTRATANTE** encaminhará, em relatório próprio, fornecido pela **CONTRATADA**, a relação dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.


Art. 22. As futuras inclusões, exclusões e alterações de beneficiários, serão informadas por meio de planilha de movimentação, que deverá ser entregue até a data previamente acordada entre as partes, para que tenham vigência no mês subsequente à alteração solicitada.

Art. 23. Caberá a empresa **CONTRATANTE** a exibição de documentos que comprove o vínculo do titular com a **CONTRATANTE** e a relação de parentesco dos dependentes com o titular.

Art. 24. Por ocasião da contratação do plano de saúde a **CONTRATANTE** deve atender as condições de admissão e encaminhar a Unimed Recife:

A) Cópia do Contrato Social com a última alteração;

B) Cartão do CNPJ;

Gustavo Araújo
Unimed  SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed  ANALISTA DE
CONTRATO



- C) Comprovante de Endereço e telefone;
D) Relação dos funcionários inscritos no FGTS ou outro documento que comprove o vínculo do titular com a **CONTRATANTE**

Art. 25. É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, manter atualizada, através do Formulário Cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: nº CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, profissão, outros.



Art. 26. A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar a **CONTRATADA**, por escrito, até o prazo de 20 (vinte) dias do faturamento de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para fins deste contrato.



TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 27. A UNIMED RECIFE cobrirá os custos, em conformidade com as condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 10 da Lei n. 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções **vigentes** e suas atualizações.

Da Cobertura ao Transtorno Mental

- a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.
- b) A cobertura de psicoterapia respeitará o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme indicação do médico assistente e Diretrizes Clínicas (DC).
- c) A internação psiquiátrica se dará apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- d) Estão cobertas as internações em hospital-dia de acordo com as Diretrizes de Utilização determinadas pela legislação vigente;
- e) Entende-se por hospital-dia o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, pautados em programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- f) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Gustavo 
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann 
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Da Co – Participação em Saúde Mental


- a) Só será aplicada Co-Participação às internações relacionadas ao Transtorno Mental, caso o contrato preveja co-participação para as demais especialidades.
- b) Em havendo co-participação e ultrapassados o limite de 30 dias de internação estabelecido na Resolução Vigente, o Beneficiário ficará sujeito ao pagamento de 20% a título de co-participação de cada diária excedida.
- c) O limite acima estabelecido será aplicado quando a internação ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

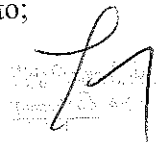
DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art.28. O Segmento Ambulatorial compreende os seguintes atendimentos:

- a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput desse artigo;
- c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos vigentes;
- d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas;
- e) cobertura de psicoterapia de acordo com número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente/ cooperado, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme item b) constante no tema Cobertura ao Transtorno Mental;
- f) a cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente/ cooperado e Diretrizes Clínicas (DC);
- g) cobertura das ações de planejamento familiar, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) cobertura de atendimento caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO





- i) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente/ cooperado a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- l) cobertura de radioterapia ambulatorial, conforme descrito no Rol de Procedimentos;
- m) cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimento vigentes;
- n) cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos conforme Resolução vigente; e
- p) Cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, desde que constantes no ROL de procedimentos vigente na época do evento.

Da Cobertura ao Planejamento Familiar

- a) As ações de planejamento familiar devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos vigentes à época do evento, observando – se as seguintes definições:

- I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- II- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

III – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

IV – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 29. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica;
- b) 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;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) 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;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nos contratos, em território brasileiro (artigo 12, II, alínea “e” Lei 9.656/98);
- g) cobertura de despesas de acompanhante, incluindo acomodação e alimentação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- h) cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO



i) cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo Cirurgião-Dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar :

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida na legislação vigente ;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento ;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) a cobertura de 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.

l) a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;


m) cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e do transplante de Medula Óssea por método autólogo e alogênico, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

n) a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

o) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;

p) Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO



- q) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos vigente.
- r) Para fins de cobertura de órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico deve ser observado o seguinte:
- I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos Vigente;
- II - o profissional médico ou dentista, requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.
- s) Ficará a critério do médico assistente/cooperado a garantia da assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência.
- t) Estarão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
- u) É assegurado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, a cobertura assistencial relativa a participação do profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- v) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato será assegurado, independentemente do local de origem do evento.
- x) Serão cobertos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, sendo respeitadas as segmentações contratadas;
- y) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos vigente, de acordo com a segmentação contratada. As escopias listadas no Rol de Procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

DA SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Art. 30. O Segmento Obstétrico compreende os seguintes atendimentos:

- a) Toda a cobertura definida para a segmentação hospitalar descrita acima, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) cobertura de 01(um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, entendido este como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO





- c) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- d) É assegurada a inclusão para fins deste contrato a inscrição como dependente, do recém-nascido, filho natural ou adotivo, isento do máximo cumprimento dos períodos de carência e de DLP (doenças e Lesões Preexistentes), desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 31. Em conformidade com o que prevê a Lei, as Resoluções, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimento, serviços ou procedimentos descritos neste contrato e os provenientes de:

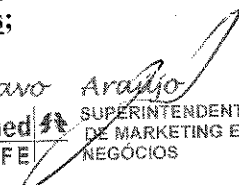

- a) **Tratamento Clínico ou cirúrgico experimentais, entendidos assim como aqueles que;**
- I - empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - II - são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina -CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
 - III – cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label)
- b) **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- c) **Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- d) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**
- e) **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- f) **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos de internação domiciliar;**

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

- g) Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico, entendendo-se como Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e Órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido e sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Consultas e enfermagem domiciliares;
- l) Aplicação de Vacinas preventivas;
- m) Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos de prontos-socorros ou ambulatórios;
- n) Necropsia, tratamentos com medicina alternativa, tais como: ortomoleculares e mineralograma de cabelo;
- o) Aluguel de equipamento ortopédicos, hospitalar e similares;
- p) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- q) Implante (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea, rim e transplante de medula óssea previsto no Rol de procedimentos da ANS);
- r) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- s) Quaisquer medicamentos, próteses, órteses, materiais de qualquer natureza, necessários a realização da cirurgia, de origem estrangeira, exceto os nacionalizados, com certificação positiva na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- t) O sistema de atendimento em "Home-Care", assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do beneficiário, com a colocação em seu endereço, dos aparelhos necessários ao seu atendimento;
- u) Cirurgias oftalmológicas de miopia abaixo de 05 (cinco) graus e Hipermetropia abaixo de 6 (seis) graus;


Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS


Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

v) Tratamento de varizes – esclerose.

x) despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), tais como materiais odontológicos e honorários, inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambulatório, ma que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

w) Investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade.

y) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 32. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com vigência à partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional, podendo ser, a partir daí, denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.

Art. 33. Para fins de aplicação do reajuste será considerado a data de início da assinatura do contrato.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA



Art. 34. A **CONTRATADA** assegura, aos beneficiários titulares e dependentes, quando for o caso, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados.

Art. 35. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número inicial de participantes maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cumprimento de carência, quando a inclusão do titular e seus dependentes, ocorrerem dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da assinatura do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Art. 36. Em havendo cumprimento de carência, estas serão aplicadas dentro dos limites abaixo:

- I - 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento de urgência/emergência;
- II - 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames básicos de diagnósticos e terapia;
- III - 180 (cento e oitenta) dias exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia diálise, hemodiálise, cirurgias e internamentos clínicos;
- IV - 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Art. 37. Os prazos serão contados a partir da efetiva inscrição do titular e dos dependentes, regularmente inscritos, na proposta de adesão.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 38. Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

Art. 39. Nos casos em que o plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial perca a condição prevista acima, ou seja, passe a possuir um número inferior a 30 (trinta) beneficiários, poderá a CONTRATADA impor cumprimento de prazos de carência para os novos aderentes, podendo incidir também a aplicação de Cobertura Parcial Temporária e Agravo para os casos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 40. Tratando-se de Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta), desde que formalizem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE, não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 41. O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), implicará na aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente.

Art. 42. Em se tratando de contratação com número de beneficiários menor que 30 (trinta) o beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

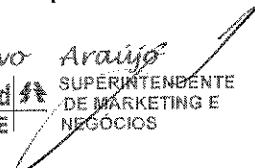

Art. 43. **Doenças ou Lesões Preexistentes** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Art. 44. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Art. 45. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 46. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 47. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 48. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 49. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Art. 50. **Cobertura Parcial Temporária - CPT** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Art. 51. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Art. 52. O oferecimento do agravo será facultativo e regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do agravo.



Art. 53. a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 54. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Art. 55. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

Art. 56. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 57. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

Gustavo 
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann 
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 58. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Art.59. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Art. 60. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Art. 61. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Art. 62. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Art.63. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Art. 64. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA


Art. 65. Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.

Art. 66. Entende-se como emergência o evento que implica no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.

Art. 67. É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência.

Art. 68. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Art. 4º da Resolução CONSU nº 13/98).

Art. 69. É garantido a cobertura do atendimento de urgência e emergência aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou cobertura parcial temporária, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação (Arts. 3º e 6º da Resolução CONSU nº 13/98).

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]

Art. 70. Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, 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 beneficiário, não cabendo qualquer ônus à contratada.

Art. 71. Após cumpridas as carências contratuais é assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 72. A UNIMED RECIFE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência a saúde, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços pela rede credenciada, através do Sistema Unimed de Intercâmbio.

REMOÇÃO

Art. 73. Quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, o presente contrato garantirá cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato (Art. 12, inciso II, alínea "e", da Lei 9.656/1998).


Art. 74. É garantido a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 75. É garantido da remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998.

Art. 76. Nos casos previstos nesta seção, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

Art. 77. Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Art. 78. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE
SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE
ANALISTA DE
CONTRATO

[Handwritten signature]

Art. 79. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO

Art. 80. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a tabela de preço de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

Art. 81. O reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela Contratada, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.

Art. 82. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, 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;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 83. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.


Art. 84. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 85. O presente contrato não possui modalidade de acesso a livre escolha de prestadores

TEMA X - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 86. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 87. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médicos-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previsto neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

a) consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados das Cooperativas médicas, cuja relação será entregue ao CONTRATANTE.

b) atendimentos clínico, cirúrgico e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados e constantes do Guia de Serviço de Saúde.

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente e constante do Guia de Serviço de Saúde.

Art. 88. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 89. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.



Art. 90. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, dentro do prazo de dois dias úteis, deverá comunicar a Contratada do serviço utilizado.

Art. 91. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

Art. 92. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação do médico assistente devidamente justificada.

Art. 93. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

Art. 94. Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.


Gustavo Araújo
SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS



Vanessa Jungmann
ANALISTA DE
CONTRATO



ANALISTA DE
CONTRATO


Art. 95. Será distribuído ao beneficiário o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. As atualizações do guia médico estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento e na internet.

Art. 96. Devendo entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão de processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 97. Considerando a diferenciação de preços deste plano, o atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, fica restrito aos médicos, serviços ambulatoriais, laboratórios, e hospitais, que constem da relação entregue ao beneficiário, ficando o reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência que não possam ser feitos por estes profissionais, limitados a valores correspondentes aos que seriam devidos da forma deste contrato, aferido através da tabela de referência.

Art. 98. 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 critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

Art. 99. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

Art 100. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, serão realizados pelos serviços próprios ou credenciados da Operadora, não havendo restrição quanto ao solicitante, desde que os procedimentos e demais serviços solicitados estejam nos limites da cobertura contratada.

Paragrafo Único: Nas hipóteses em que o beneficiário CONTRATANTE optar pela realização de consulta(s) eletiva(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado, o mesmo assumirá a responsabilidade pelo pagamento dos honorários médicos do respectivo profissional. O mesmo procedimento deverá ser adotado nos casos em que o beneficiário CONTRATANTE optar em realizar cirurgia(s) com médico assistente que não fizer parte da Cooperativa CONTRATADA ou cirurgião dentista não credenciado.

Gustavo Araújo
Unimed  SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
RECIFE NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed  ANALISTA DE
RECIFE CONTRATO

[Assinatura]
Unimed 
RECIFE

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 101. O beneficiário deverá requerer a emissão de autorização prévia de todos os atendimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares à exceção das consultas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas, citopatologia (exceto biopsia de congelamento), eletrocardiograma simples, eletroencefalograma simples, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos não contrastados, exames e testes alergológicos, biopsia do colo uterino, citologia oncótica colposcopia, excisão de pólipos uterino, eletrocauterização e cauterização química do colo uterino, Biopsia de Vulva, Vulvosscopia, Exeresse de cisto vaginal, Excisão de Pólipo Cervical, Eletroencefalograma simples, teste alérgicos, Raio X, exceto os que necessitam de contratante e o panorâmico, teste e exercício ortóptico, histopatológico, anatomia patológica, mamografia convencional, Endoscopia Digestiva alta com Biopsia exceto com o uso de anestesia, Mielograma, Retosigmoidoscopia, Penioscopia, Fundoscopia, Exame de mutilidade ocular,

Art. 102. A autorização poderá ser obtida na sede da Unimed Recife ou através do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) identificados no Guia Médico.

Art. 103. Os procedimentos relacionados a transplantes, colocação de prótese e órtese, cirurgias neurológicas e cirurgias relacionadas à mama terão tratamento especial, sendo submetido à apreciação do Comitê Técnico no sentido de avaliação e aplicação em cada caso concreto.

DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E DO GUIA DE LEITURA CONTRATUAL


Art. 104. Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 na contratação e adesão de beneficiários a este plano de saúde será entregue aos beneficiários o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.


TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

Art. 105. O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 100/05.

Art. 106. Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, junto a UNIMED RECIFE, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98) e aos entes da administração pública (funcionários públicos), que poderão se for o caso receberem boletos individuais.

Art. 107. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Gustavo Araújo
Unimed  RECIFE
SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed  RECIFE
ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 108. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, os valores relacionados na proposta inicial, na data do vencimento da fatura sob pena de ocorrer impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e 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, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Art. 109. As mensalidades e os eventuais valores relativos as despesas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na **Proposta de Admissão**.

Art. 110. No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do plano, nos termos deste contrato, será remetido boleto único de cobrança ao titular, com vencimento no mesmo dia previsto do pagamento da mensalidade da **CONTRATANTE** (art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98).

Art. 111. Os preços das mensalidades definidos para estes contratos foram delimitados adotando-se estritamente os custos dos serviços expressamente contidos no mesmo.

Art. 112. 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 na **CONTRATADA** para que não se sujeite as conseqüências da mora.



Art. 113. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 114. Caberá a empresa **CONTRATANTE** juntamente com a **CONTRATADA** informarem aos Beneficiários titulares e dependentes, recebedores de boletos individuais de pagamento, por conta do benefício de manutenção do plano tratados nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, bem como aqueles beneficiários possuidores de vínculo empregatício de natureza jurídica estatutária, também recebedores de boletos individuais de pagamento, que o atraso na mensalidade pelo período de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, após notificação prévia até quinquagésimo dia, incidirá na rescisão contratual.

TEMA XII - REAJUSTE

Art. 115. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, observadas as formalidades legais, obedecendo 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 da moeda no período.

Art. 116. A ANS será informada através da operadora sobre o percentual de reajuste até 30 (trinta) dias após a data da aplicação.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 117. Se, por qualquer motivo, os valores reajustados da forma descrita acima deixarem de corresponder com a defasagem monetária no período, em razão de peculiaridades do setor, nos termos da lei, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa abaixo, 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.

Art. 118. O cálculo dos reajustes influirá na fatura do mês seguinte ao que se constate que o índice de sinistralidade alcançou 0,75 (setenta e cinco centésimos) do valor pago mensalmente, e, obedecerá a seguinte fórmula:

$$IC = \frac{SA}{0,75 \times PC}$$

IC = Índice de Correção da mensalidade no Ano

SA = Soma da Utilização do Ano

PC = Soma das Mensalidades Cobradas no Ano

0,75 = Índice Máximo de Sinistralidade

Art. 119. O Índice de sinistralidade negociado entre as partes será objeto de Termo Aditivo, a aplicação de reajuste por sinistralidade será procedida de forma complementar.

I - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares: a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos; b) diárias e taxas hospitalares; c) materiais; e, d) medicamentos.

II - Compõem as despesas administrativas: a) salários; e b) outras despesas.



Art. 120. O reajuste da mensalidade por sinistralidade ocorrerá após 12 (doze) meses de contratação do plano.

Art. 121 Fica estabelecido que independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como datas base única.

a) No caso de opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistente os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.

Art. 122. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste plano e contrato.

Art. 123. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente de acordo com 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 da moeda no período, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, a partir da data da assinatura do contrato.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 124. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

Art. 125. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 126. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Faixa Etária	Coletivo Empresarial (Apartamento)
0-18	0%
19-23	13,8033%
24-28	19,4311%
29-33	6,1140%
34-38	21,3807%
39-43	17,6146%
44-48	28,1631%
49-53	40,4935%
54-58	28,8223%
>59	22,3737%

Art. 127. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, e a Resolução ANS/ n° 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

Art. 128. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (Art. 3° da RN n°63/03).

Art. 129. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 130. Os reajustes por mudança de faixa etária ficarão sem efeito, sempre que as partes negociarem preços da forma de *per capita* médio, assim definidos na proposta comercial, que faz parte integrante deste contrato.

TEMA XIV – BONUS E DESCONTOS

Art. 131. Este contrato não possui modalidade de bônus e/ou descontos.

Gustavo Araújo
Unimed  SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS
RECIFE

Vanessa Jungmann
Unimed  ANALISTA DE
CONTRATO
RECIFE

[Handwritten Signature]
[Stamp]

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 132. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Art. 133 O ingresso no plano deverá ser formalizado pelo beneficiários em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Direito de permanência no plano de saúde do demitido sem justa causa

Art. 134. É assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED RECIFE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/98 e deste contrato.

Art. 135. Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.


Art. 136. O exonerado ou demitido deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.


Art. 137. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Art. 138. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência a saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, nos termos do no art. 30 da Lei 9.656/98 e deste contrato.

Art. 139. O direito assegurado ao beneficiário demitido, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 140. A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular demitido em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED RECIFE.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE | SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE | ANALISTA DE
CONTRATO



Direito de permanência no plano de saúde para o aposentado:

Art. 141. É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED RECIFE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98).

Art. 142. Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.

Art. 143. O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa

Art. 144. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Art. 145. Em caso de morte do titular aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes, desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, conforme for o caso.

Art. 146. O direito assegurado ao beneficiário aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 147. A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular aposentado, em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED RECIFE.

Art. 148. O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das prestações de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito da UNIMED RECIFE requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Oferecimento do Plano Individual/Familiar

Art. 149. No caso de cancelamento deste contrato pela empresa contratante, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da UNIMED RECIFE, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A UNIMED RECIFE disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;

Art. 150. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Art. 151. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 152. Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

Art. 153. É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do empregado ao plano individual familiar no prazo estabelecido.


Art. 154. A garantia prevista neste título só é dada em caso de vínculo empregatício, onde haja contribuição do beneficiário no pagamento da mensalidade.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 155. Caberá **exclusivamente** à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

Art. 156. A UNIMED RECIFE somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- fraude
- por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.


Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS


Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 157. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Titular:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando perder o vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, desde que previstos em regulamento ou contrato;
- 3) quando vier a falecer, após a comunicação do fato à CONTRATADA pela CONTRATANTE;
- 4) em caso de inadimplência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular realizada pela CONTRATANTE, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias;
- 5) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

Art. 158. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- 1) quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
- 2) quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;
- 3) quando o Beneficiário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
- 4) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.


Art. 159. A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o Beneficiário Titular e / ou da pessoa jurídica CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.

TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 160. A CONTRATADA poderá suspender ou rescindir unilateralmente o Contrato nos casos de:

- I- Fraude
- II - Descumprimento do CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato.

Art. 161. Será considerado rescindindo 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 consequências moratórias.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

[Assinatura]

Art. 162. A rescisão por inadimplemento de obrigações contratuais será precedida de notificação, com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação de medidas, permitindo-se a **CONTRATANTE**, nesse prazo, a regularização de sua situação perante a **CONTRATADA**.

Art. 163. Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato, só poderá fazê-lo após o período mínimo contratual de 12 (doze) meses de vigência, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias.

Art. 164. Caberá a **CONTRATADA** a rescisão contratual antes da vigência mínima de 12 (doze) meses nos casos de:

I- Fraude; e

II – Inadimplência por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

Art. 165. Caso ocorra rescisão imotivada por qualquer das partes contratantes, antes do período mínimo de vigência contratual de 12 (doze) meses não haverá incidência de multa.

Art. 166. Não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

Art. 167. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de **60 (sessenta)** dias mencionado no item anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

Art. 168. A suspensão do Contrato se dará após 30 dias de inadimplência seguido da devida notificação prévia.

Art. 169. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.



Art. 170. A **CONTRATADA** garantirá o oferecimento de planos em modalidade individual/ familiar aos beneficiários participantes do contrato coletivo, em caso de cancelamento, com aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, de acordo com tabela de vendas vigente à época da nova adesão.

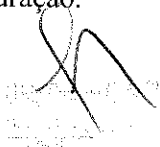

Paragrafo único: A adesão dos beneficiários deverá ser realizada em período máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da rescisão do contrato coletivo.

TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 171. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 172. 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.

Gustavo Araújo

Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann

Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO

Art. 173. Ocorrendo a perda ou extravio da CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO ou de outros documentos, o beneficiário titular obriga-se a comunicar em 48 (quarenta e oito) horas, por escrito, o fato à **CONTRATADA**.

Art. 174. Será cobrado o valor de R\$5,00 (Cinco reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação da operadora, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.

Art. 175. O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso excepcional de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

Art. 176. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 177. O **CONTRATANTE**, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 178. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 179. É parte integrante deste contrato a proposta nº 289/2011


Art. 180. Declara a **CONTRATANTE** que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe faculta coberturas iguais a este contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 (vinte e quatro) horas de carência, conforme Resolução nº 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.

Art. 181. Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças preexistentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo de contratação.

Art. 182. As pendências financeiras, tais como, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, serão realizadas por vias próprias da OPERADORA.

Art. 183. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos Vigente e no contrato.

Art. 184. É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, 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 quaisquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do beneficiário; rescisão, resolução ou rescisão do presente.

Gustavo Araújo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO



Art. 185. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica (qualificada na proposta em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os associados mencionados no objeto do presente contrato.

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 Unimed ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada unicamente para este plano Unimed.

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

Art. 186. 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, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.

III - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, 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 a pessoa física, formalmente vinculada ao Contrato, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados.

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, total ou parcial, às coberturas contratadas.

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


IX - **CERTIFICADO CONTRATUAL:** é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.


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

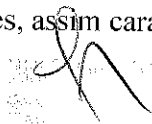
XI - **CO-PARTICIPAÇÃO:** é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.

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

XIII - **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite num prazo determinado, a suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes, assim caracterizadas pela ANS.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
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 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde 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 ou 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 PREEEXISTENTE: 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 até a 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 à 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 e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultrasonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista; 17) cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exames e testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico . São também considerados procedimentos especiais a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.

Gustavo Araújo
Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO



- XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- XXVII - 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.
- XXVIII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, após as formalidades legais de contratação.
- XXIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXX - MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXXI - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- XXXII - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXIII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXIV - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.
- XXXV - PLANO BÁSICO: Plano de coberturas com internação em quarto coletivo ou enfermaria.
- XXXVI - PLANO ESPECIAL: Plano de coberturas com internação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante de acordo com a disponibilidade do hospital.
- XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
- XXXVIX - 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 constantes do Plano adquirido, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).
- XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.
- XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
- XLIV - UNIMED RECIFE é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Gustavo Ardijo
 SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS

Vanessa Jungmann
 ANALISTA DE
CONTRATO

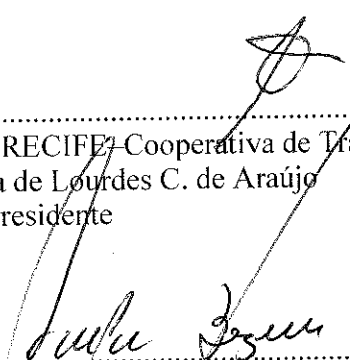


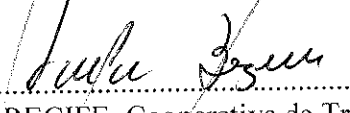
XLVI – PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – são os procedimentos adotados em relação definida pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, referentes a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, que sofrerão carência de 24 (vinte e quatro) meses para cobertura pelo contrato.

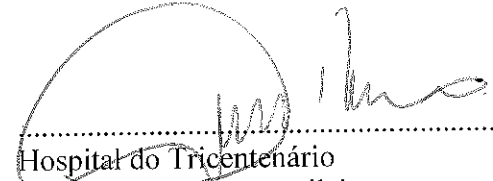
TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

Art. 187. Fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Recife, 25 de agosto de 2011.


.....
UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
Dra. Maria de Lourdes C. de Araújo
Diretora-Presidente


.....
UNIMED RECIFE – Cooperativa de Trabalho Médico
Dr. Divaldo Gomes Bezerra Filho
Diretor-Tesoureiro


.....
Hospital do Tricentenário
Dr. Gil Mendonça Brasileiro
Procurador

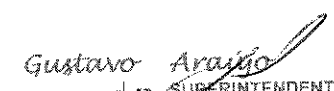

TESTEMUNHAS


.....
NOME

RG 2070702-558 PE


.....
NOME

RG 7602599 - SOS/PE


Unimed 
RECIFE SUPERINTENDENTE
DE MARKETING E
NEGÓCIOS


Unimed 
RECIFE ANALISTA DE
CONTRATO


Unimed 
RECIFE

