

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO COLETIVO POR ADESÃO
PLANO UNIFÁCIL
GLOBAL**

**Cobertura para Consultas Médicas, Exames Complementares e
Internação Hospitalar em acomodação enfermaria
Serviços Prestados por Médico Cooperado**

I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CONTRATADA: UNIMED PORTO ALEGRE - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o número (nº) 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, nº 1.040, em Porto Alegre/RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

II. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

CONTRATANTE: SINDICATO DOS ENGENHEIROS DO ESTADO DO RGS (), inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. 92.675.362/0001-09, com sede na AV ERICO VERISSIMO, nº. 960, bairro MENINO DEUS, em PORTO ALEGRE/ RS, por seu representante legal JOSE LUIZ BORTOLI DE AZAMBUJA, inscrito junto ao Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº. 221.624.100-87, residente e domiciliado em PORTO ALEGRE/ RS, na RUA GOMES JARDIM, nº. 859, bairro SANTANA, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

- a) nome comercial: **UNIFÁCIL Coletivo por Adesão Global Enfermaria**
- b) número (nº) de registro do plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: **460.116.095**

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo por adesão.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Tipo de segmentação assistencial do plano de saúde: plano global (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia).

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula Primeira: Este plano cobre os atendimentos nele previstos, desde que realizados por médicos cooperados da **CONTRATADA**, em ambulatórios e hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA**, no seguinte Grupo de Municípios: Cachoeirinha, Canoas, Esteio, Gravataí, Osório, Porto Alegre e Viamão, todos no Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula Segunda: Municípios de Cachoeirinha, Canoas, Esteio, Gravataí, Osório, Porto Alegre e Viamão, todos no Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula Terceira: A internação hospitalar prevista neste contrato será em acomodação coletiva (enfermaria), em hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA**.

Parágrafo único: Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível imediatamente superior, sem ônus adicional.

IX. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula Quarta: A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é pré-estabelecida, tendo em vista que a **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA**, antes da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

ATRIBUTOS DO CONTRATO

X. OBJETO

Cláusula Quinta: Prestação continuada, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando a assistência médica hospitalar com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Rol de Procedimentos editados pela ANS:

- a) consultas médicas, por médicos assistentes cooperados, nos termos das cláusulas deste contrato;
- b) serviços de urgência, nos prontos-atendimentos e demais serviços credenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
- c) exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
- d) serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato e
- e) internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato.

XI. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula Sexta: Contrato de prestação de serviços bilateral, futuro e aleatório de adesão, que geram obrigações para ambas as partes, nos termos da legislação civil vigente.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

XII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula Sétima: O beneficiário titular do presente contrato deverá possuir vínculo associativo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, sendo esta pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.

Parágrafo único: É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula Oitava: As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Cláusula Nona: São usuários titulares os inscritos pela **CONTRATANTE**, desde que com ela mantenha vínculo associativo.

Cláusula 10: São usuários dependentes os inscritos pela **CONTRATANTE**, como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:

- I. a (o) esposa (o), a (o) companheira (o) desde que declarado (a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
- II. os (as) filhos(as) solteiros(as) menores de dezoito (18) anos e os inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;
- III. os (as) filhos (as) estudantes, até vinte e quatro anos (24) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Parágrafo único: A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 11: Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de usuários que integrará o presente contrato, bem como quando da inclusão de novo usuário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-o quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando, a aceitação inicial, concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.

Parágrafo Único: As inclusões e/ou exclusões de usuários deverão ser efetuadas até o décimo (10º) dia de cada mês, não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.

Cláusula 12: O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada neste instrumento para eventos obstétricos, filho natural ou adotivo do usuário ou de seu dependente terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência e de Doença e Lesão Pré-existente quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário.

Parágrafo Único: Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

Cláusula 13: O filho adotivo, menor de doze anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo consumidor adotante.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

XIII. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 14: Todos os atendimentos previstos nesse contrato serão fornecidos no limite do “Rol de Procedimentos da RN. Nº. 167/2008 e suas atualizações posteriores” (Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar).
Parágrafo único: O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato, resta assegurado, independente do local de origem do evento.

Cláusula 15: A **CONTRATADA** declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como, a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no “Rol de Procedimentos da RN. Nº. 167/2008 e suas atualizações posteriores” e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula 16: É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III, do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Anexo I da RN 192/2009.

Cláusula 17: Os usuários terão cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas exclusões e limitações deste instrumento.

Cláusula 18: Os usuários terão cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, referenciados pela **CONTRATADA**, conforme indicação do médico assistente da **CONTRATADA**, limitadas a 06 (seis) consultas ou sessões por ano de contrato, não cumulativas.
Parágrafo Único: O usuário que fizer uso das consultas e sessões previstas neste inciso deverá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela **CONTRATADA**.

Cláusula 19: Os usuários terão cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano.

Parágrafo Único: os procedimentos previstos no caput desta cláusula serão realizados por médicos fisiatras assistentes da **CONTRATADA**, devidamente habilitados.

Cláusula 20: Os usuários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no “GUIA MÉDICO”; sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 21: Os serviços auxiliares de diagnose e terapia, que sejam solicitados por médicos assistentes da **CONTRATADA**, enquanto necessários ao diagnóstico e tratamento, e que serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no

“Rol de Procedimentos da RN nº. 167/2008 e suas atualizações posteriores”, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências, previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 22: Os usuários terão direito aos tratamentos ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato, fora dos casos em que estiverem internados em hospital, a serem prestados no consultório do médico cooperado ou a juízo deste, nos ambulatorios próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no “GUIA MÉDICO”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 23: Os atendimentos ambulatoriais, que sejam solicitados por médicos assistentes da **CONTRATADA**, que serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no “Rol de Procedimentos da RN nº. 167/2008 e suas atualizações posteriores”, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências, previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 24: É garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II- quimioterapia ambulatorial;
- III- radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- IV- hemoterapia ambulatorial;
- V- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Cláusula 25: Observadas as limitações e exclusões, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos nas cláusulas deste contrato, o atendimento a ser realizado por médico cooperado assistente, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes no “GUIA MÉDICO”; terá cobertura nos seguintes termos:

- I- Eventos previstos no “Rol de Procedimentos da RN. N.º 167/2008 e suas atualizações posteriores” (Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- II- Despesas com medicamentos durante o período de internação contratualmente coberto, exceto importados não nacionalizados,
- III- Despesas hospitalares em acomodação coletiva, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em próprias (se houver), credenciadas e/ou referenciadas pela **CONTRATADA**, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- IV- Despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente da **CONTRATADA**;
- V- Despesas de pernoite e café da manhã compreendida na diária de um único acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, durante o período de internação contratualmente coberto;

VI- Despesas de pernoite e café da manhã compreendida na diária de um único acompanhante de maiores de 60 (sessenta) anos, durante o período de internação contratualmente coberto, desde que com prévia e expressa solicitação do “Beneficiário” idoso ou por determinação do médico cooperado assistente;

VII- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação, contratualmente coberto;

VIII- Despesas com 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 da **CONTRATADA**, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX- Despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto; assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar;

X- Despesas para com os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim, Córnea e Autólogo de Medula Óssea, exceto medicação de manutenção.

XI- Despesas com materiais hospitalares e medicamentos nacionais ou nacionalizados devidamente registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e Ministério da Saúde, prescritos por médico cooperado assistente, durante o período de internação contratualmente coberto;

XII- Despesas com materiais de próteses, órteses e implantes, desde que ligados ao ato cirúrgico com finalidade não estética e devidamente registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e no Ministério da Saúde;

XIII- Despesas com cirurgias reparadoras de órgãos e funções.

Cláusula 26: Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente da **CONTRATADA** que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal.

Cláusula 27: São garantidos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas ao usuário, nas formas previstas

nesta e nas demais cláusulas deste contrato, observados os limites de coparticipação igualmente nele previstos, nos seguintes casos:

I- o custeio integral, sem coparticipação, de trinta (30) dias, de internação anual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

II- o custeio integral, sem coparticipação, de quinze (15) dias de internação anual, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

III- Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, preferencialmente em instalações ambulatoriais;

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

§ 1º: O usuário portador de transtornos psiquiátricos, em comprovada situação de crise, poderá dispor de até oito (08) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, a critério do médico assistente.

§ 2º: O custeio das internações psiquiátricas nos períodos que ultrapassarem os prazos previstos nos incisos I e II, acima mencionados, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, serão suportados pela **CONTRATANTE**, mediante a coparticipação no valor percentual de 66% (sessenta e seis por cento) por dia de internação, não podendo caracterizar financiamento integral e obedecendo os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

§ 3º: Para os diagnósticos relacionados nos incisos deste parágrafo, todos constantes e previstos no CID 10, a cobertura prevista no parágrafo primeiro (§ 1º) desta cláusula, poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano de contrato, não-cumulativos, observados os termos e condições deste instrumento:

I- Demência na doença de Alzheimer;

II- Demência vascular;

III- Demência em outras doenças classificadas em outra parte;

IV- Demência não especificada;

V- Síndrome amnésia orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas;

VI- Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas;

VII- Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e doença física;

VIII- Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral;

IX- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado;

X- Esquizofrenia;

XI- Transtorno esquizotípico;

XII- Transtornos delirantes persistentes;

- XIII- Transtornos psicóticos agudos e transitórios;
- XIV- Transtorno delirante induzido;
- XV- Transtornos esquizoafetivos;
- XVI- Outros transtornos psicóticos não-orgânicos;
- XVII- Psicose não-orgânica não especificada;
- XVIII- Retardo mental leve;
- XIX- Retardo mental moderado;
- XX- Retardo mental grave;
- XXI- Retardo mental profundo;
- XXII- Outro retardo mental;
- XXIII- Retardo mental, não especificado e
- XXIV- Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência.

§ 4º: Nas hipóteses de internação psiquiátrica a classe de internação hospitalar sempre será enfermaria.

§ 5º: Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, com a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

§ 6º: Os usuários terão cobertura de psicoterapia com médico psiquiatra da **CONTRATADA** ou psicólogo, conforme indicação do médico assistente, limitadas a 12 (doze) consultas e sessões por ano de contrato, não cumulativas.

Cláusula 28: Este contrato somente fornece cobertura aos transplantes de rim, córnea e autólogo de medula óssea, tanto para o receptor como para o doador, compreendendo:

- I- Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II- Medicamentos utilizados durante a internação;
- III- Despesas médico-hospitalares da internação;
- IV- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos;
- V- Despesas de captação, transporte e preservação de órgãos, no território nacional, caso existentes.

Parágrafo Único: É condição indispensável, para efetivação da presente cobertura, no caso de doação de órgão de pessoa morta, a inscrição prévia, por conta própria, do usuário, em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Administração Pública, com inteira sujeição aos critérios legais de fila única de espera e de seleção.

Cláusula 29: É garantida a cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar sempre que a equipe cirúrgica for chefiada por médico assistente da **CONTRATADA**.

Cláusula 30: É garantida a cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cláusula 31: É garantida a cobertura assistencial para eventos obstétricos, inclusive as consultas médicas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas.

Cláusula 32: É garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, ou adoção.

Cláusula 33: É garantida a cobertura dos procedimentos abaixo relacionados, nos exatos termos definidos nas diretrizes de utilização elencadas no Anexo II, parte integrante deste contrato.

- I - gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica);
- II- colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida;
- III- esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e Vasectomia;
- IV- Acilcarnitinas - Perfil quantitativo e/ou qualitativo;
- V- Análise molecular de DNA para doenças genéticas;
- VI- Avidéz de IgG para toxoplasmose;
- VII- Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia);
- VIII- Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK);
- IX- Citomegalovirus - qualitativo por PCR;
- X- Dermolipectomia;
- XI- D-Dímero;
- XII- Eletroforese de proteínas de alta resolução;
- XIII- Fator V Leiden, análise de mutação;
- XIV- Galactose-1-fosfato uridiltransferase;
- XV- Hepatite B - teste quantitativo;
- XVI- Hepatite C - genotipagem;
- XVII- HIV - genotipagem;
- XVIII- Implante de Desfibrilador interno, placas, eletrodos e gerador;
- XIX- Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos;
- XX- Imunofixação para proteínas;
- XXI- Inibidor dos fatores da hemostasia;
- XXII- Mamografia Digital;
- XXIII- Succinil acetona;
- XXIV- Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (fluorescence in situ hybridization);
- XXV- Teste de inclinação ortostática (Tilt Test);
- XXVI- X-frágil, análise molecular;

EXCLUSÕES DE COBERTURA

XIV. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 34: Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas

subsequentes, os seguintes procedimentos:

- I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese;
- II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - Inseminação artificial;
- IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - Fornecimento de medicamentos, material e equipamentos para tratamento domiciliar;
- VI - Fornecimento de próteses, órteses, stents, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico;
- VII - Fornecimento de medicamentos que não estejam nacionalizados, e em qualquer hipótese, todo e qualquer tipo de medicamento para tratamento domiciliar;
- VIII - Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- IX - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI - Tratamentos em spa's, tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XII - Transplantes e despesas decorrentes destes à exceção de córneas, rim e autólogo listados no anexo I da RN 167;
- XIII - Consultas domiciliares;
- XIV - Medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- XV - Exames para frequentar piscinas e ginásticas;
- XVI - Exames pré-admissionais, demissionais e periódicas;
- XVII - Laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;
- XVIII - Provas de paternidade;
- XIX - Sonoterapia;
- XX - Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XXI - Cirurgias para mudança de sexo;
- XXII - Itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, uso de internet, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc) ou despesa com acompanhantes diferente do previsto neste contrato;
- XXIII - Vacinas;
- XXIV - Todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;
- XXV - Todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos da RN 167/2008 e suas atualizações para o plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, determinado pela Agência Nacional

de Saúde Suplementar - ANS;

XXVI - Toda e qualquer cobertura ligada a Medicina Ocupacional e/ou Acidente de Trabalho;

§ 1º: Entende-se como tratamento clínico ou cirúrgico experimental aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

§ 2º: Entende-se como procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

§ 3º: Entende-se como fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

§ 4º: Entende-se como fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

§ 5º: Entende-se por inseminação artificial a 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.

§ 6º: Entende-se por fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

Cláusula 35: As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

DURAÇÃO DO CONTRATO

XV. VIGÊNCIA

Cláusula 36: O presente contrato vigora a partir da data da assinatura do instrumento jurídico ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, pelo prazo determinado de um (01) ano, caso as partes não venham a se arrepender, por escrito, em sete (7) dias úteis, a contar daquela data, desde que não tenham usufruído dos serviços previstos nele.

XVI. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula 37: O presente contrato, observada a sua cláusula de vigência, inicia na data da assinatura do instrumento jurídico ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, pelo prazo determinado de um (01) ano.

§ 1º: Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado podendo ser, a partir daí, livremente rescindido, por qualquer das partes, desde que com aviso prévio expresso e escrito de 30 (trinta) dias.

§ 2º: Não será cobrado qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

XVII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 38: Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, **os seguintes prazos de carência**, sem prejuízo do disposto na cláusula que dispõem sobre doenças e lesões pré-existente deste contrato:

- I. Cobertura de casos de urgência ou emergência: **24h (vinte e quatro horas);**
- II. Consultas médicas, nos termos previstos neste instrumento: **30 (trinta) dias;**
- III. Exames de sangue, urina, fezes, líquido, líquido amniótico, líquido sinovial e derrames, líquido cefalorraqueano, microbiologia, suco gástrico e tubagem duodenal e radiologias simples, excluindo-se a desintometria óssea e os exames listados no item VI: **30 (trinta) dias;**
- IV. Consultas e/ou sessões de: psicoterapia, fisioterapia, nutricionista, fonaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional: **60 (sessenta) dias;**
- V. Internações hospitalares e cirurgias, excluindo-se os listados no item VII: **120 (cento e vinte) dias;**
- VI. Exames de genética e biologia molecular: **180 (cento e oitenta) dias;**
- VII. Demais exames, excluindo-se os listados no item III e VI: **60 (sessenta) dias;**
- VIII. Cirurgias cardíacas e vasculares, tratamento clínico-cirúrgico para obesidade mórbida, neurocirurgia, obstétricas, diálise peritoneal, hemodinâmica, hemodiálises; órteses, próteses, transplantes, radioterapia e quimioterapia: **180 (cento e oitenta) dias;**

IX. parto a termo: 300 (trezentos) dias.

§ 1º: As mensalidades contratuais são devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.

§ 2º: Os prazos de carência estabelecidos neste contrato independem do prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão pré-existente ao contrato.

§ 3º: Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias de sua celebração.

Cláusula 39: Anualmente, em cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento dos prazos de carências, desde que:

I. O beneficiário tenha se vinculado à **CONTRATANTE**, após o transcurso de trinta (30) dias da celebração do presente contrato e

II. A proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) da data de aniversário do contrato.

Parágrafo único: Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a **CONTRATADA** poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos, estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

XVIII. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 40: É dever preliminar do pré-**CONTRATANTE**, em seu nome próprio e no nome dos usuários que pretenda incluir no contrato, informar sobre as doenças ou lesões à saúde pré-existentes à assinatura do presente contrato, de que sejam portadores os usuários a serem inscritos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

§ 1º A informação solicitada será preenchida na conformidade de formulário anexo, “declaração de saúde”, integrante do presente contrato.

§ 2º A informação errônea, dolosamente fornecida ou omitida, da condição sabida de doença ou lesão pré-existente, implicará, após o devido julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, na suspensão do atendimento e denúncia contratual por fraude, nos termos da cláusula de rescisão deste contrato.

§ 3º: Constada de qualquer forma pela **CONTRATADA**, a existência de doença e lesão pré-existente à proposta de contratação, ou por entrevista através de declaração expressa do “Beneficiário” no “Formulário de Declaração de Saúde”, será oferecida a cobertura parcial temporária.

§ 4º: Doenças e lesões pré-existentes são aquelas que o “beneficiário” ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

§ 5º: Entende-se como “cobertura parcial temporária” aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta

tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes.

Cláusula 41: O pré-**CONTRATANTE**, ao preencher a declaração de saúde, formulário com objetivo de averiguação da existência ou não de doença ou lesão, anterior à contratação, optará pelas seguintes hipóteses:

I. sem orientação de médico;

II. com orientação de um médico cooperado da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o usuário e

III. com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§ 1º Caso o usuário da pré-**CONTRATANTE** opte pela hipótese prevista no inciso II, acima, estará igualmente concordando na efetivação de perícias e exames que o médico cooperado escolhido entenda necessário realizar para elaboração do formulário.

§ 2º Fica definida a proibição de alegação de doença pré-existente após a entrevista qualificada se por ventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário.

Cláusula 42: Constatada, de qualquer forma, a existência de doença ou lesão pré-existente à proposta de contratação, os usuários não terão direito, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura deste ou de posterior inclusão, à utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade decorrente da doença ou lesão pré-existente, ressalvado o disposto no capítulo de urgência e emergência e as alternativas constantes do parágrafo desta cláusula.

§ 1º: Alternativamente, a **CONTRATADA** poderá oferecer à **CONTRATANTE**, a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado “Agravado”, que implique na cobertura da doença ou lesão pré-existente, mediante orçamento específico que levará em conta as condições pessoais do(s) usuário(s), ou ainda, mediante termo específico, poderá diminuir, para determinadas moléstias, o prazo previsto no “caput” desta cláusula.

§ 2º: Entende-se como “agravo” qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre operadora e beneficiários.

Cláusula 43: Constatada a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada por ocasião da contratação do plano, o usuário terá que ser comunicado imediatamente pela **CONTRATADA**.

Cláusula 44: Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, nos casos de doença ou lesão pré-existente, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

Parágrafo único: Após o julgamento e acolhida a alegação da operadora pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

XIX. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 45: Define-se por emergência casos que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente e define-se como urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cláusula 46: No caso do usuário necessitar de assistência médica hospitalar de urgência ou emergência, durante o período em que estiver cumprindo o período de carência contratualmente previsto, a **CONTRATADA** restará obrigada a prestar atendimento exclusivamente nas doze (12) primeiras horas de atendimento ambulatorial ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar, conforme a hipótese que ocorrer em primeiro, a partir do que a responsabilidade financeira passará a ser da **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à operadora.

Cláusula 47: O presente contrato garantirá:

I - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após, decorridas 24 (vinte quatro) horas da vigência do contrato (artigo 3º, §2º da Resolução do CONSU nº. 13/98);

II - A cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;

III - A cobertura dos atendimentos de urgência ou emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º, CONSU nº. 13/98);

IV - O atendimento de urgência ou emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à DLP.

Cláusula 48: O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, constantes no guia médico.

Cláusula 49: Os usuários, nas hipóteses de urgência ou emergência, esta última caracterizada por laudo médico comprobatório, para que possam usufruir os direitos previstos neste contrato, deverão tomar as devidas providências nas sedes ou postos administrativos da cooperativa médica UNIMED que prestará o

referido atendimento, no prazo de 24 horas ou no primeiro dia útil subsequente após a realização do atendimento, sempre que a urgência ou emergência ocorrer em localidade atendida por outra cooperativa médica UNIMED.

Parágrafo Único: As cidades onde funcionam cooperativas médicas UNIMED são aquelas constantes do Manual do Usuário, integrante deste instrumento.

Cláusula 50: É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

§1º - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

I - relatório do médico assistente, atestando a urgência ou 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;

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

III - recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se refere e, se for o caso a duração do ato anestésico;

IV - comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares acompanhados do pedido do médico assistente.

§2º - O valor do reembolso nas urgências e emergências, não será inferior ao valor praticado pela operadora junto a rede de prestadores do respectivo plano.

§3º - O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.

XX. REMOÇÃO

Cláusula 51: É assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

§1: Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;

§2: Caberá remoção ao SUS na hipótese de, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carência e quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

§3: Nos casos de remoção para o Sistema Único de Saúde, cessa a obrigação da **CONTRATADA**, no caso do paciente não ter condições de ser removido por risco de vida, hipótese em que a **CONTRATANTE** assume integralmente a responsabilidade econômico-financeira das despesas decorrentes do atendimento prestado ao paciente, desobrigando a **CONTRATADA** deste ônus.

§4: No caso de remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará 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.

Cláusula 52: Na hipótese do usuário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para a internação hospitalar, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de tais serviços, visando à continuidade do atendimento.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

XXI. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 53: A rede de prestadores de serviços será divulgada através do “GUIA MÉDICO” a ser entregue juntamente com este contrato, através do site da **CONTRATADA** ou através de contato telefônico do usuário à Central de Atendimento Telefônico.

Cláusula 54: Os usuários deste contrato agendarão consultas nos Núcleos de Atendimento do Unifácil, constantes no “GUIA MÉDICO UNIFÁCIL”, onde serão atendidos pelos médicos cooperados assistentes da **CONTRATADA**, no horário normal do Núcleo, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.

§1º: A **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais, prestados aos usuários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

§2º: A **CONTRATADA** garante, ao usuário, que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento, concedido pelo seu serviço de regulação, será no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

A. Cartão de Usuário

Cláusula 55: Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os usuários contratuais, acompanhado de cédula de identidade dos mesmos ou, em relação aos últimos, inexistindo tal

documento, outro que surta efeitos similares.

§ 1º: O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do usuário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.

§ 2º: A utilização do cartão de identificação por terceiros frente à imprudência ou negligência do usuário, sem prejuízo do disposto na cláusula de rescisão, tornará a **CONTRATANTE** responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da **CONTRATADA** e, no caso de culpa, por multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.

§ 3º: A **CONTRATANTE**, no extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de segunda (2ª) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente, à época, no equivalente a 50% (cinquenta por cento) de uma despesa de inscrição, sem prejuízo do disposto no parágrafo imediatamente anterior.

§ 4º: Cessa a responsabilidade da **CONTRATANTE** ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

Cláusula 56: A **CONTRATADA** cobrará o valor correspondente às seguintes coparticipações:

- a) R\$ 15,00 (quinze reais) nas consultas previstas neste contrato;
- b) 40% (quarenta por cento), sobre o valor das sessões fisiátricas;
- c) 40% (quarenta por cento), sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- d) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médicas psiquiátricas e atendimentos psicoterápicos;
- e) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- f) 20% (vinte por cento) sobre o valor de cada exame previsto neste contrato, limitado ao valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e por beneficiário inscrito;
- g) R\$ 90,00 (noventa reais) para cada internação;
- h) 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, previstos neste contrato, exceto: Refluxo Gastroesofágico, Apendicectomia, Colecistectomia, Esplenectomia parcial/total, Herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento VLP, Adrenalectomia unilateral, Ooforectomia uni/bilateral, Laqueadura, Miomectomia uterina, Salpingectomia uni/bilateral, Liberação laparoscópica de aderências pélvicas, Laparoscopia ginecológica com /sem biópsia, Gravidez ectópica e Simpatectomia por videotoracoscopia.

B. Autorização para Internação Hospitalar

Cláusula 57: A internação hospitalar será concedida somente mediante solicitação escrita do médico assistente da **CONTRATADA**, responsável pela internação e autorizada, quando for o caso, por médico auditor da mesma.

Cláusula 58: A **CONTRATADA**, mediante exibição do documento de que trata a cláusula acima deste instrumento, emitirá autorização de internação hospitalar (AIH) para a entidade hospitalar, própria ou credenciada, respeitadas as ressalvas deste convênio, autorizando a baixa, sempre nos estritos termos contratuais.

§1º Nas hipóteses de internação hospitalar de urgência, poderá a mesma realizar-se mediante exibição do cartão de identificação do beneficiário, obrigando-se a **CONTRATANTE**, o usuário, ou representante dos mesmos, sob pena de perda da cobertura contratual, a comparecer à sede da **CONTRATADA**, no prazo improrrogável de 2 (dois) dias úteis para obtenção do fornecimento da AIH.

§ 2º: Reserva-se a **CONTRATADA** ao direito de não reconhecer a internação dita de urgência ou emergência, sempre que a mesma haja ocorrido com a não observância do conceito de urgência ou emergência, adotado por este contrato, expresso no Manual de Orientação, ou, ainda, em desacordo com a presente cláusula contratual.

Cláusula 59: A **CONTRATADA** comunica à **CONTRATANTE** que a internação hospitalar é recurso auxiliar ao tratamento médico, somente utilizável na hipótese de não haver meio mais recomendável e adequado ao próprio tratamento, conforme as regras comuns de experiência e conhecimento técnico-médico.

Cláusula 60: Em virtude do preceituado neste contrato, os prazos de internação hospitalar serão estritamente determinados pelo médico cooperado assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, sendo garantida a inexistência de qualquer limitação temporal.

Cláusula 61: Persistindo uma internação hospitalar, além do prazo normalmente previsto, para reversão da fase aguda da patologia determinante da baixa, segundo as regras normais da experiência e do conhecimento técnico-médico, a **CONTRATADA** fica autorizada a designar peritos médicos para, em contato com o médico cooperado assistente que solicitar a internação, o usuário, seus familiares e a **CONTRATANTE**, averiguarem a necessidade de manutenção da internação hospitalar.

§ 1º: A **CONTRATANTE** e seus usuários obrigam-se a envidar todos os esforços razoáveis no intuito de colaborar com o trabalho dos peritos.

§ 2º: Uma vez comprovada a ausência de necessidade da continuidade da baixa hospitalar, a **CONTRATADA** reserva-se ao direito, segundo este contrato, de cancelar sua responsabilidade pelo custeio da internação, tão logo findo o último prazo previsto pelo médico cooperado que solicitar a internação autorizada pela **CONTRATADA**.

§ 3º: Fica a **CONTRATANTE** ciente de que a **CONTRATADA**, para melhor cumprimento das disposições desta cláusula, através do seu regramento interno, autorizará as baixas ou a continuidade das internações na periodicidade que estabelecer, através de suas normas administrativas próprias.

§ 4º: A **CONTRATADA** garantirá, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

C. Serviços Hospitalares Credenciados/Referenciados

Cláusula 62: É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação à **CONTRATANTE** e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 1º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o “caput” desta cláusula ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do consumidor, a **CONTRATADA** obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico da **CONTRATADA**.

§ 2º Excetuam-se do previsto no § 1º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE**.

§ 3º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

D. Serviços Ambulatoriais/Credenciados/Referenciados

Cláusula 63: Reserva-se a **CONTRATADA** ao direito de substituir qualquer estabelecimento ambulatorial credenciado/referenciado, por outro equivalente.

§ 1º: Durante o período de aviso-prévio, continuará sendo utilizado o estabelecimento a ser desligado, sem qualquer prejuízo para o usuário.

§ 2º: Faculta-se à **CONTRATANTE** rescindir o contrato, mesmo na vigência de prazo determinado, caso se entenda prejudicada com a substituição.

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

XXII. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 64: A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é pré-estabelecida, tendo em vista que a **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA**, antes da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XXIII. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula 65: Obriga-se a **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**:

I. despesas de inscrição e material, no valor de R\$ 27,50 (vinte e sete reais e cinquenta centavos - ISENTA MASSA INICIAL), quando do recebimento do documento de pagamento, ou quando da inclusão de novos usuários;

II. a 1ª (primeira) mensalidade, no valor de R\$ 50,37 (cinquenta reais e trinta e sete centavos), correspondente a sua faixa etária, na conformidade da cláusula que define as faixas etárias deste contrato, quando do recebimento do documento de pagamento, após a aceitação da proposta pela **CONTRATADA** ou quando da inclusão de novos usuários;

III. demais mensalidades contratuais, correspondendo à contribuição do mês subsequente, até o 5º (quinto dia) dia de cada mês, calculadas por pessoa inscrita, sempre observados o parágrafo desta cláusula e a cláusula que define as faixas deste contrato

IV. o valor correspondente às seguintes coparticipações:

- a) R\$ 15,00 (quinze reais) nas consultas previstas neste contrato;
- b) 40% (quarenta por cento), sobre o valor das sessões fisiátricas;
- c) 40% (quarenta por cento), sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- d) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médicas psiquiátricas e atendimentos psicoterápicos;
- e) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- f) 20% (vinte por cento) sobre o valor de cada exame previsto neste contrato, limitado ao valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês e por beneficiário inscrito;
- g) R\$ 90,00 (noventa reais) para cada internação;
- h) 30% (trinta por cento) sobre o valor do honorário médico de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, previstos neste contrato, exceto: Refluxo Gastroesofágico, Apendicectomia, Colectomia, Esplenectomia parcial/total, Herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento VLP, Adrenalectomia unilateral, Ooforectomia uni/bilateral, Laqueadura, Miomectomia uterina, Salpingectomia uni/bilateral, Liberação laparoscópica de aderências pélvicas, Laparoscopia ginecológica com /sem biópsia, Gravidez ectópica e Simpatectomia por videotoracoscopia.

§ 1º: Os valores de pagamento de mensalidades aqui previstos destinam-se, proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da **CONTRATADA**, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao atendimento médico), tais como despesas laboratoriais, de raio-x e de urgência e se destinam, igualmente, a cobrir os custos administrativos da **CONTRATADA**.

§ 2º: A **CONTRATANTE** consultará, previamente, a **CONTRATADA**, antes de efetivar qualquer retenção de valores relativos a eventuais tributações decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação exija ou venha a exigir, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso em concreto.

§ 3º O atraso nos pagamentos implicará no cadastramento da inadimplência junto ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC).

§ 4º Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos e aqueles a este já vinculados.

Cláusula 66: A CONTRATADA cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

Cláusula 67: O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Cláusula 68: Os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, quando houver, serão ajustados única e exclusivamente entre as partes.

REAJUSTE

XXIV. REAJUSTE

Cláusula 69: Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, observada sempre, enquanto piso, a variação do IGPM/FGV no período (ou, no caso de sua extinção, por outro índice equivalente que o substitua) e, enquanto teto, a própria sinistralidade, conforme definido na cláusula abaixo.

Cláusula 70: Convencionam as partes que as obrigações da **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários à sua execução, tendo-se sempre em conta a sinistralidade inicialmente prevista dentro dos limites do custeio da mensalidade básica.

§ 1º: Do valor pago pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** enquanto contraprestação econômica mensal, nos termos deste contrato, a sinistralidade, a ser apurada pela área técnica

da **CONTRATADA**, não poderá ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).

§ 2º: A cada período de doze (12) meses, a contar desta data, as partes verificarão se o valor pago pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, está atendendo ao percentual fixado no parágrafo primeiro (§ 1º) desta cláusula, ocasião em que será apurado o resultado obtido naquele mesmo período.

§ 3º: No caso da sinistralidade apurada no período que trata o parágrafo primeiro (§ 1º) desta cláusula, ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento), o valor da contraprestação econômica mensal paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** deverá ser atualizada, em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico da avença.

Cláusula 71: Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente

adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 72: A CONTRATADA comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula 73: Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados e nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Parágrafo único: O disposto acima não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula 74: Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

FAIXAS ETÁRIAS

XXV. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 75: As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. 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.

Cláusula 76: A mensalidade contratual sofrerá as seguintes variações percentuais, observada a idade do usuário já inscrito no contrato ou a idade que tenha quando da sua inclusão:

I . usuário inscrito com um dia até 18 (dezoito) anos completos = valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento;

II . usuário inscrito com 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual= valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 36,22% (trinta e seis vírgula vinte e dois por cento);

III . usuário inscrito com 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual = valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 63,06% (sessenta e três vírgula zero seis por cento);

IV . usuário inscrito com 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual= valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 86,12% (oitenta e seis vírgula doze por cento);

V . usuário inscrito com 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual= valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 93,61% (noventa e três vírgula sessenta e um por cento);

VI . usuário inscrito com 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual= valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 97,20% (noventa e sete vírgula vinte por cento);

VII . usuário inscrito com 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual = valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 145,01% (cento e quarenta e cinco vírgula zero um por cento);

VIII . usuário inscrito com 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual=valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 181,66% (cento e oitenta e um vírgula sessenta e seis por cento);

IX. usuário inscrito com 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual=valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 287,67% (duzentos e oitenta e sete vírgula sessenta e sete por cento);

X. usuário inscrito com 59 (cinquenta e nove) anos completos ou mais idade, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual = valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 499,93% (quatrocentos e noventa e nove vírgula noventa e três por cento);

§ 1º: Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

§ 2º: Os percentuais de variação em cada faixa etária deverão observar as seguintes condições:

I - O valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa, não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

BÔNUS - DESCONTOS

XXVI. BÔNUS

Cláusula 77: O valor básico tal como previsto no caput da cláusula de pagamento, será fixado em conformidade com o número de usuários titulares e usuários dependentes inscritos, nos termos previstos nas faixas abaixo:

I - faixa um: de, no mínimo, 5 (cinco) a 49 (quarenta e nove) usuários, inclusive, valor da mensalidade básica conforme o caput da cláusula de pagamento;

II - faixa dois: 50 (cinquenta) ou mais usuários: valor da mensalidade básica correspondente a prevista no caput da cláusula de pagamento, deduzindo-se o percentual de 10% (dez por cento).

Parágrafo Único: É vedada a concessão de descontos ou vantagens, especificamente delimitados em prazos contratuais, em função de idade do beneficiário ou ainda que estimulem a redução da utilização dos serviços.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

XXVII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 78: Caberá tão somente à **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da primeira, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato.

Cláusula 79: As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:

- I - Exclusão do beneficiário titular;
- II - Morte do beneficiário titular ou dependente;
- III - Casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;
- IV - Filho(a) ou enteado(a) ter completado 18 (dezoito) anos;
- V - Filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, ter perdido a condição de estudante;
- VI - Filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;
- VII - Extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;
- VIII - Quando exigido não conseguirem comprovar o vínculo de dependência econômica.

Parágrafo único: A **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos usuários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega dos mesmos para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização, durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).

Cláusula 80: A comprovação de fraude contratual, por parte dos usuários, no sentido de tentar obter ou manter internação hospitalar, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da patologia determinante da internação, implicará na rescisão contratual, nos termos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

RESCISÃO/SUSPENSÃO

XXVIII. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 81: Rescinde-se o contrato, de pleno direito, por parte da **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que

a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, no prazo máximo de trinta (30) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.

Parágrafo Único: Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar a **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 82: Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pela **CONTRATANTE**, por período de sessenta (60) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Parágrafo Único: Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATANTE** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula 83: Os usuários da **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja a mesma com suas mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e caso haja notificação prévia, pela **CONTRATADA**, desta circunstância.

Cláusula 84: O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 85: Na hipótese da **CONTRATANTE** rescindir o presente contrato antes do prazo mínimo de 01 (um) ano, este a contar da data de sua assinatura, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades vincendas.

DISPOSIÇÕES GERAIS

XXIX. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 86: Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos usuários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa após, devida concordância da ANS, da parte estipulante ao usuário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula 87: É opcional a contratação do módulo de Benefício Família, o qual legará a continuidade do contrato aos usuários, cujo teor constituirá instrumento

anexo ao presente.

Cláusula 88: As partes assinam, nesta mesma data, em instrumentos jurídicos separados, os módulos de sub-rogação para pedido indenizatório de danos decorrentes de atos ilícitos e de cessão.

Parágrafo Único: É opcional a contratação do módulo de transporte aeromédico, e de que pode ser adquirido pela vontade da **CONTRATANTE**.

Cláusula 89: Integram o presente contrato:

- I. Manual de Orientação (anexo I);
- II. Manual de Diretrizes de Utilização (anexo II);
- III. Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;
- V - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- VI. Guia de Leitura Contratual (GLC)

§ 1º: Quando da renovação dos elementos contratuais aqui descritos, será obrigação da **CONTRATADA** disponibilizar, à **CONTRATANTE**, um exemplar de cada componente renovado, caso haja alteração no conteúdo dos mesmos.

§ 2º: A **CONTRATANTE** ou qualquer usuário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula 90: A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem em redução dos direitos conferidos à **CONTRATANTE** e seus usuários, devendo ser previamente informados aos mesmos, caso impliquem na necessidade de sua colaboração.

Parágrafo único: A **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais, prestados aos usuários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

Cláusula 91: A **CONTRATANTE** aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previsto neste contrato via arquivos especiais (digitalizados), como se original fosse, para todos os efeitos.

ELEIÇÃO DE FORO

XXX. ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 92: Fica eleito o Foro da comarca do domicílio do **CONTRATANTE**, para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

XXXI. ENCERRAMENTO

Assim acertados, firmam o presente em duas (2) vias de igual teor e conteúdo, na presença de duas (2) testemunhas instrumentais, ficando uma (1) via para cada parte.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2009

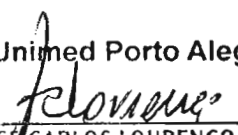


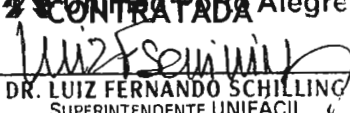
CONTRATANTE

 **Unimed Porto Alegre**

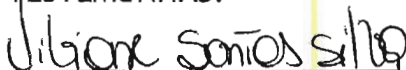
JULIO WILASCO
SUPERINTENDENTE DE MARKETING E VENDAS

CONTRATADA

 **Unimed Porto Alegre**

JOSE CARLOS LOURENÇO
Superintendente Administrativo Financeiro

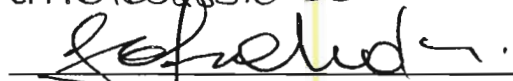
 **Unimed Porto Alegre**

DR. LUIZ FERNANDO SCHILLING
SUPERINTENDENTE UNIFÁCIL

TESTEMUNHAS:



Viviane Santos Silva

Nome: **Viviane Santos Silva**
CPF: **646328310-53**



MARIA T. S. MACHADO

Nome: **MARIA T. S. MACHADO**
CPF: **240459690-04**

ANEXO I **Manual de Orientação**

Previamente a assinatura do contrato, ou mesmo autorização para encaminhamento de qualquer proposta contratual, é importante o conhecimento de alguns conceitos.

A leitura do contrato, por mais cansativa que seja, deve anteceder qualquer ato da **CONTRATANTE** no sentido de assiná-lo. Qualquer conselho em sentido contrário é expressamente desautorizado pela **CONTRATADA**.

Todos os serviços de saúde que estão fora da cobertura encontram-se previstos, destacadamente, no corpo do contrato. Ler os pontos destacados é de máxima importância.

Fundamental é o conhecimento exato da contraprestação (preço) a ser pago pelos serviços contratuais. Neste sentido, as cláusulas referentes a preços devem ser lidas e relidas com todo o cuidado e atenção.

As dúvidas devem ser esclarecidas, junto aos representantes da **CONTRATADA**, antes da contratação.

Uma vez assinado o contrato e a **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isto, a contar da data em que receber o exemplar assinado pelos representantes da **CONTRATADA**, através de documento por escrito comprovado seu efetivo recebimento e desde que não tenha usufruído dos serviços previstos nele.

O sentido de colaboração, num contrato desta natureza, é recíproco e deve servir como princípio para ambas as partes.

Muitos dos termos contratuais são técnicos. Para compreendê-los, a **CONTRATADA** organizou, logo a seguir, um vocabulário básico e sua explicação. Toda vez que uma palavra, prevista no vocabulário, for utilizada no contrato, o sentido válido é aquele que consta na explicação do vocabulário.

1 - acidente pessoal: evento exclusivo, externo e involuntário, causador de lesões ou doenças.

2 - acomodação de internação hospitalar:

Enfermaria - com até 04 (quatro) leitos

Semiprivativo - com até 02 (dois) leitos

Privativo - com leito individual

3 - AIH: sigla que identifica a autorização de internação hospitalar, documento fornecido pela contratada que é o único capaz de habilitar o usuário a obter o custeio, pela primeira, das despesas hospitalares que o último contrair.

4 - ambulatório: consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente este,

no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.

5 - carência: período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte da CONTRATANTE e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da CONTRATADA.

6 - coparticipação: pagamento parcial de despesas com serviços contratuais, conforme os limites percentuais previstos no contrato e os valores quantificados na tabela da contratada, pagos além da mensalidade contratual, realizado pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, em contraprestação complementar a serviço especificado no contrato.

7 - coberturas: conjunto dos serviços contratualmente previstos.

8 - contratada: exclusivamente a UNIMED PORTO ALEGRE, cujos representantes assinam o presente contrato.

9 - contratante: a pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e em nome dos usuários que inscreva.

10 - custo operacional: despesas efetivamente realizadas pelos beneficiários da contratante para pagamento, junto a prestadores, de serviços contratuais.

11 - despesas com acompanhante: diária, compreendendo pernoite e café da manhã, conforme rotina do nosocômio, obedecida a classe de internação hospitalar em que estiver incluído o usuário.

12 - doença ou lesão pré-existente: mal físico ou psíquico existente anteriormente à data da assinatura do contrato, de conhecimento por parte do usuário, no momento de sua inclusão no contrato, em virtude da aceitação da contratada.

13 - emergência: situações de saúde que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os usuários, conforme declaração inequívoca de médico assistente.

14 - hemodinâmica: teoria mecânica da circulação do sangue.

15 - foro: sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.

16 - internação hospitalar: procedimento médico e administrativo através do qual o usuário permanece mais de 12 (doze) horas em estabelecimento hospitalar.

17 - médico assistente cooperado: profissional da Medicina integrante do quadro social da CONTRATADA como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED.

18 - médico assistente da contratada: profissional da Medicina integrante do quadro social da CONTRATADA como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED.

19 - mensalidade básica: o valor mensal previsto contratualmente, sem acréscimos percentuais decorrentes da faixa etária, e excluídos os valores de coparticipação ou custo operacional.

20 - Núcleo de Atendimento: Serviço integrante da estrutura operacional da CONTRATADA, sob o qual recairá o atendimento nos casos

de Consultas Médicas, Exames e encaminhamento para atendimento nos demais serviços próprios e/ou credenciados da Unimed, observadas exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.

21 - pequenas cirurgias: todas as intervenções cirúrgicas que não implicam em anestesia geral ou hospitalização.

22 - prazo anual de internação hospitalar: todo aquele contado, cumulativa ou intercaladamente, no prazo anual do contrato.

23 - prazo anual: período contado desde a data da assinatura do contrato até 365 dias após e assim sucessivamente.

24 - psicoterapia de crise: atendimento intensivo, prestado por profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze semanas) ou 12 (doze) sessões por ano de contrato, o que ocorrer primeiro, tendo início imediatamente após um atendimento de urgência ou emergência.

25 - referenciar: ação da contratada no sentido de indicar, ao usuário, conforme previsão contratual, prestadores de serviços contratuais, representando uma limitação, contratualmente prevista, na livre escolha do mesmo usuário.

26 - rescisão: hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma regulada por este instrumento.

27 - serviço credenciado: estabelecimento prestador de serviços que, não sendo da propriedade da CONTRATADA, é pela mesma ou por representante dela locado, em nome da(o) CONTRATANTE.

28 - sinistralidade: previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.

29 - suspensão temporária: período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a limitação parcial, nos termos do contrato, de serviços que integram a cobertura.

30 - triagem: ato de seleção a que o usuário da CONTRATANTE deverá se submeter, junto ao Núcleo de Atendimento da CONTRATADA, para ter acesso a qualquer atendimento previsto neste contrato, inclusive consultas, exames e autorização para internação hospitalar.

31 - urgência: estado físico ou psíquico decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao usuário, em virtude de acidentes pessoais ou complicações decorrentes da gestação, conforme declaração inequívoca de médico assistente.

32 - usuário dependente: os usuários inscritos pelo contratante, que não sejam o próprio contratante, dependentes econômicos do usuário titular.

33 - usuário titular: são usuários titulares do presente contrato os diretores, empregados e assessores da CONTRATANTE.

34 - usuário: todo aquele que, inscrito pelo contratante e aceito pela contratada, é destinatário dos serviços contratados pela primeiro e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pela parte contratante e aceito pela contratada, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.

35 - beneficiário: todo aquele que, inscrito pelo contratante e aceito pela contratada, é destinatário dos serviços contratados pela primeiro e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pela parte contratante e aceito pela contratada, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.

ANEXO II

Manual de Diretrizes de Utilização

1. Vasectomia

A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através de Vasectomia obedecerá ao disposto na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, tendo cobertura contratual exclusivamente para os seguintes casos:

- I . Usuários, homens, com capacidade civil plena;
 - II . Usuários maiores de vinte e cinco (25) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
 - III . Prazo mínimo de sessenta (60) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
 - IV . Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
 - V . Em caso de casais, dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e com firmas reconhecidas em Cartório;
 - VI . Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde - SUS.
- a) É vedada a realização de vasectomia quando no momento da manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica, for constatada a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
- b) A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

2. Outros Procedimentos

Os usuários da **CONTRATANTE** terão direito aos procedimentos abaixo relacionados:

I . Acilcarnitinas - Perfil quantitativo e/ou qualitativo, com cobertura exclusiva para os casos de:

- a) Crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingesta, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções);
- b) Crianças de qualquer idade com Síndrome de Reye ou "Reye-like" (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática);
- c) Pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico e

d) Pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

II . Análise molecular de DNA para doenças genéticas com cobertura exclusiva para os casos de:

a) Sinais clínicos indicativos de existência atual de doença ou história familiar ou para o aconselhamento genético, nas seguintes patologias: distrofia muscular de Duchenne/Becker; doença de Huntington; distrofia miotônica (doença de Steinert); ataxia espinocerebelar tipos 1, 2, 3 (doença de Machado-Joseph), 6 e 7; doença de Kennedy; doença de Gaucher; alfa e beta-Talassemias; neoplasia endócrina múltipla tipo 2, Ataxia de Friedreich; e Atrofias espinhais progressivas (AEP); e

b) Sinais clínicos indicativos de existência atual de doença ou história familiar, ou para o aconselhamento genético, para demais patologias não descritas na alínea "a", acima, quando esgotadas todas as possibilidades diagnósticas e houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

III . Avidéz de IgG para toxoplasmose, com cobertura exclusiva em casos de gestantes com sorologia para toxoplasmose IgM positiva nas seguintes condições:

a) 1ª testagem - IgM maior que 2, realizar teste de avidéz de IgG;

b) 1ª testagem - IgM entre 1 e 2, repetir sorologia em 3 a 4 semanas; 2ª testagem: se IgM ascendente, realizar teste de avidéz de IgG.

IV . Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia), com cobertura exclusiva em casos de estudo histopatológico de lesões não palpáveis - nódulos mamários menores que 2,0 (dois) cm nas categorias 4 e 5 de BI-RADS .

V . Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), com cobertura exclusiva em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

a) Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou

b) Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

VI . Citomegalovirus - qualitativo por PCR, com cobertura exclusiva em casos de:

a) Pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico) e

b) Infecções congênitas.

VII . D-Dímero, com cobertura exclusiva em casos de:

a) Avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores; ou

b) Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

VIII. Eletroforese de proteínas de alta resolução, com cobertura exclusiva em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

IX . Fator V Leiden, análise de mutação, com cobertura exclusiva em casos de:

a) Pacientes com trombose venosa recorrente; ou

- b) Pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática; ou
 - c) Pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa; ou
 - d) Pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM; ou
 - e) Pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa; ou
 - f) Familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.
- X . Galactose-1-fosfato uridiltransferase**, com cobertura exclusiva em casos de:
- a) Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada); ou
 - b) Para pacientes suspeitos de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.
- XI . Hepatite B - teste quantitativo**, com cobertura exclusiva em casos de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Portaria SAS/MS 860, de 12/11/2002, ou outro normativo que a venha substituir.
- XII . Hepatite C - genotipagem**, com cobertura exclusiva de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Portaria SAS/MS 863, de 04/11/2002, ou outro normativo que a venha substituir.
- XIII . HIV - genotipagem**, com cobertura exclusiva de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Nota Técnica 23/06 - ULAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS, de 09/05/2006, ou outro normativo que a venha substituir.
- XIV . Imunofixação para proteínas**, com cobertura exclusiva em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.
- XV . Inibidor dos fatores da hemostasia**, com cobertura exclusiva em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.
- XVI . Mamografia Digital**, com cobertura exclusiva em casos de mulheres com idade inferior a 50 anos, mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusia.
- XXI . Succinil acetona**, com cobertura exclusiva em casos de:
- a) Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada); ou
 - b) Pacientes suspeitos de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.
- XVII . Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (fluorescence in situ hybridization)**, com cobertura exclusiva em casos de síndromes causadas por microdeleções (Angelman/Prader-Willi, Williams-Beuren, Digeorge/velocardiofacial), para identificação de cromossomos marcadores e anomalias das regiões teloméricas.
- XVIII . Teste de inclinação ortostática (Tilt Test)**, com cobertura exclusiva em casos de avaliação do componente neurovascular como causa de episódios recorrentes de síncope na ausência de doença cardíaca conhecida, ou, em caso de existência de doença cardíaca, depois que tenham sido excluídas as causas cardiogênicas.

XIX . X-frágil, análise molecular, com cobertura exclusiva em casos de indivíduos de ambos os sexos com retardo mental, atraso do desenvolvimento ou autismo, especialmente quando houver:

- a) Sinais e sintomas característicos da Síndrome do X Frágil;**
- b) História familiar de Síndrome do X Frágil;**
- c) Familiares de ambos os sexos com retardo mental sem etiologia estabelecida.**

Parágrafo único: Os procedimentos acima arrolados não terão cobertura quando em desacordo com os requisitos, limites e condições previstas nesta cláusula.

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **MÓDULOS COMPLEMENTARES**

I. SUB-ROGAÇÃO

Cláusula Primeira: Sub-rogação em favor da **CONTRATADA**, até o limite das suas efetivas despesas com atos auxiliares, no pedido indenizatório, junto a pessoas físicas e jurídicas, pelos danos causados por estas à **CONTRATANTE** e seus usuários, em virtude de atos ilícitos.

Cláusula Segunda: Fica explicitamente convencionado que a **CONTRATADA** terá o direito de sub-rogar-se, em nome da **CONTRATANTE** ou de seus usuários, até o limite das suas efetivas despesas com atos auxiliares, no pedido indenizatório, junto a pessoas físicas e jurídicas, pelos danos causados por estas àqueles, em virtude de atos ilícitos, sendo que, na falta de outra estipulação, terá direito de receber os valores indenizatórios decorrentes do seguro de responsabilidade civil, obrigatório ou facultativo, que der cobertura ao atendimento recebido pelo usuário, observados ainda o que segue:

- I. A CONTRATANTE** ou usuários terão obrigação de prestar todas as informações, praticar todos os atos e entregar toda a documentação que for necessária à indenização de que cuida esta cláusula, sob pena de denúncia contratual;
- II. A CONTRATADA** poderá, fora das hipóteses de urgência ou emergência, condicionar a sequência do atendimento ao cumprimento das obrigações essenciais dos usuários da **CONTRATANTE**, que sejam necessárias para a cobrança da indenização pretendida;
- III. Nas hipóteses de atendimento de urgência**, terá a **CONTRATANTE** ou usuário o prazo de cinco (5) dias úteis para providenciar a documentação necessária à percepção, pela **CONTRATADA**, da indenização pretendida, sob pena de ressarcimento de perdas e danos.

II. CESSÃO

Cláusula Terceira: Transferência, a outra entidade, da execução dos serviços auxiliares ao trabalho médico, necessários à execução do presente contrato.

Cláusula Quarta: A **CONTRATADA** poderá transferir a outra entidade, a execução dos serviços auxiliares ao trabalho médico, necessários à execução do presente contrato, quais sejam a contratação de hospitais, ambulatórios, pronto-atendimentos credenciados, laboratórios e serviços de pesquisa diagnóstica, observados os parágrafos desta cláusula.

§ 1º: A **CONTRATANTE** desde já concorda com a transferência, caso venha a ser realizada e se compromete a cumprir, perante aquele que vier a fazer a referida execução, a ser identificado no momento oportuno, com todas as obrigações previstas no presente contrato para com a **CONTRATADA**.

§ 2º: Se a transferência for realizada, os custos dos serviços contratuais previstos serão arcados proporcionalmente à execução da **CONTRATADA**, sendo que cada uma apresentará cobrança, para ressarcimento, pela **CONTRATANTE**, da parcela que dispendeu, nas mesmas formas e condições previstas no contrato originariamente firmado.

§ 3º: A transferência realizada não exime a **CONTRATADA** de qualquer ônus perante a **CONTRATANTE** e os usuários dependentes, ficando aquela, juntamente com a entidade mandatária, solidariamente responsáveis perante os últimos, pela execução dos serviços contratuais, em momento algum podendo ser alegada irresponsabilidade pela execução de prestações contratuais, como motivo para eximir-se de cumpri-las, ainda que substitutivamente.

§ 4º: A transferência que trata esta cláusula não implica, em qualquer hipótese, na cessão de carteira da **CONTRATADA** à entidade mandatária.

§ 5º: A **CONTRATADA** garantirá a integralidade das obrigações contratuais por ela assumidas, perante a **CONTRATANTE** e seus usuários.

III. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula Quinta: Seguem em vigor todas as demais cláusulas do contrato principal e dos demais aditamentos, firmados pelas partes, naquilo que não

forem expressamente alteradas pelo presente instrumento.

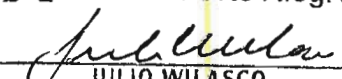
Cláusula Sexta: As partes elegem o Foro da Comarca de Porto Alegre/RS, para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

Cláusula Sétima: Assim acertados, firmam o presente em duas (2) vias de igual forma e conteúdo, juntamente com duas (2) testemunhas, ficando uma (1) via para cada parte.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2009.



CONTRATANTE

 **Unimed Porto Alegre**

JULIO WILASCO
SUPERINTENDENTE DE MARKETING E VENDAS
CONTRATADA

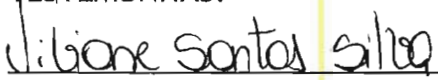
 **Unimed Porto Alegre**

JOSE CARLOS LOURENÇO
Superintendente Administrativo Financeiro

 **CONTRATADA**
 **Unimed Porto Alegre**

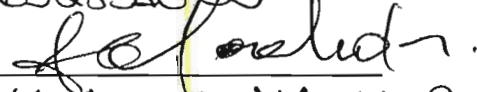
DR. LUIZ FERNANDO SCHILLING
SUPERINTENDENTE UNIFÁCIL

TESTEMUNHAS:



Viviane Santos Silva

Nome: **Viviane Santos Silva**
CPF: **646328310-53**



Nome: **LIGIA N. S. MACHADO**
CPF: **240459690-04**