

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
EXTENSÃO NACIONAL ADESÃO REDE BÁSICA
ACOMODAÇÃO COLETIVA**

A) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, regularmente constituída nos moldes da Lei 5.764/71, na qualidade de operadora de planos privados de assistência à saúde (cooperativa médica), registrada na ANS sob nº 335690, com sede em Campinas/SP, na Avenida Barão de Itapura, 1.123, inscrita no CNPJ sob nº 46.124.624/0001-11, por seus representantes legais, na qualidade de mandatária de todos os seus médicos cooperados.

B) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Pessoa Jurídica qualificada na Proposta de Admissão ao presente instrumento

Têm justa e contratada a prestação de Assistência Médica na forma das cláusulas e condições que seguem, conforme instrumento registrado sob nº. **1120047** junto ao 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Cível de Pessoa Jurídica de Campinas/SP.

C) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1. Nome comercial do plano: **EXTENSÃO NACIONAL ADESÃO REDE BÁSICA.**
2. Número de Registro do plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: **460.473/09-3.**

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. O presente contrato caracteriza-se pela contratação coletivo por adesão espontânea e opcional do público alvo delineado no objeto.

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

1. A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetria, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o Rol de Procedimentos por esta editado.

F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

1. A abrangência deste contrato é Nacional.

G) ÁREA DE ATUAÇÃO

1. Os serviços ora contratados serão prestados em todo o território nacional, onde a relação de médicos cooperados e serviços credenciados do sistema Unimed estará disponível no site www.unimedcampinas.com.br, excetuando-se os hospitais de alto custo, constantes do ANEXO I, para os quais não haverá cobertura em nenhuma hipótese.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. As internações hospitalares ocorrerão em **acomodação coletiva**, quando houver necessidade, em serviços ou de unidades de terapia intensiva, por tempo ilimitado a critério exclusivo do médico assistente, sendo que as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do usuário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98:

I) FORMAÇÃO DO PREÇO

1. A CONTRATANTE é obrigada a pagar à CONTRATADA, a importância mensal (pré estabelecida) obtida pela soma das mensalidades dos usuários titulares e as mensalidades dos dependentes e agregados inscritos neste contrato, até o dia 10 (dez) de cada mês, a contar do mês de vigência do presente contrato:

- a) **mensalidade para usuários:** os preços são fixados em Real, com base no cálculo atuarial discriminado nas cláusulas referentes ao pagamento da mensalidade.

J) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Não se aplica.

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. A CONTRATADA, na condição de sociedade cooperativa, como instrumento de contratação de seus sócios, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos USUÁRIOS inscritos neste contrato, sob o regime de mensalidade pré-fixada, a assistência médico-hospitalar que compreende procedimentos clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, hospitalares e obstétricos, por intermédio dos médicos cooperados e de hospitais e serviços credenciados de diagnóstico e terapia, que integram o SISTEMA UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, para as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com remoção inter-hospitalar exclusivamente nos termos deste contrato elaborado de acordo com a Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.
2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, titulares assim como os seus respectivos dependentes e agregados, serão denominados USUÁRIOS, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.
2. São aceitos como USUÁRIOS para fins deste Contrato as pessoas regularmente inscritas pela CONTRATANTE, a saber:
 - 2.1. **Titulares:** pessoas físicas que mantenham vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a Contratante.
 - 2.2. **Dependentes:** serão aqueles que compõem o núcleo familiar do titular, regularmente inscritos, a saber:
 - 2.2.1. Cônjuge;
 - 2.2.2. Companheiro(a), desde que cumprida as exigências internas da CONTRATADA e não concorra com cônjuge;
 - 2.2.3. Filhos inválidos de qualquer idade;
 - 2.2.4. Filhos solteiros e adotivos até 24 (vinte e quatro) anos;
 - 2.2.5. O tutelado e o curatelado, enquanto vigorar a decisão judicial;
 - 2.2.6. Enteados(as), solteiros até 24 anos, desde que o pai ou a mãe esteja também inscrito no contrato.
 - 2.2.7. Menor sob guarda para fins de adoção.
 - 2.3. **Agregados:** serão aqueles regularmente inscritos, a saber:
 - 2.3.1. Pai e mãe;

2.3.2. Sogro e sogra;

3. A CONTRATANTE responsabiliza-se civil e criminalmente através de seus representantes legais, pelas informações sobre a titularidade ou dependência dos inscritos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.

4. A CONTRATANTE comunicará por escrito à CONTRATADA, através de ficha cadastral ou através de meio eletrônico, nos termos das normas regulamentadas pela CONTRATADA, as inclusões de novos usuários.

4.1. Quando a CONTRATANTE optar por fazer a sua movimentação cadastral pelo meio eletrônico, esta se obrigará a disponibilizar os recursos técnicos necessários para operacionalização e demais providências entre as áreas de informática das Contraentes envolvidas.

5. O filho adotivo menor de 12 anos aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo adotante/titular quando efetuada até 30 (trinta) dias da data da adoção.

6. É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

7. A não observação do prazo de 30 dias, implicará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência, estipulados para os procedimentos descritos na cláusula onde se prevê os prazos de carência.

8. Quando contraído matrimônio ou união estável, durante a vigência deste contrato, será assegurada a inclusão de cônjuge ou convivente, aproveitando as carências já cumpridas pelo titular, deverá ser feita no prazo de trinta (30) dias, contados a partir da data do matrimônio ou união estável.

9. Se não houver a inclusão do recém-nascido no plano no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, a CONTRATANTE deverá providenciar a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas decorrentes da internação, a partir do 31º dia do nascimento.

10. Deverá a CONTRATANTE fornecer à CONTRATADA os dados cadastrais sempre que houver inscrição de usuários, respeitando-se as datas do cronograma de fechamento de Cadastro informado pela CONTRATADA, que são : nome completo (sem abreviações), data de nascimento, nacionalidade, naturalidade, sexo, estado civil, endereços residenciais, CPF, RG (inclusive órgão emissor), PIS e filiação materna (sem abreviações) de cada usuário inscrito.

11. A cada usuário será fornecido 1(um) cartão individual de identificação, expedido pela CONTRATADA onde constarão, através de meios eletrônicos dados pessoais, informações sobre o tipo de plano, carências quando for o caso, e outras informações que se fizerem necessárias, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto é indispensável para qualquer atendimento.

12. Para efeito de atendimento e de faturamento, as inclusões de usuários serão consideradas a partir do mês de vigência, indicada pela CONTRATANTE, quando do cadastramento na CONTRATADA.



13. As mensalidades correspondentes às inclusões efetuadas após fechamento do cadastro, serão cobradas juntamente com as mensalidades do mês seguinte acrescido do custo de cadastramento.

14. Os serviços previstos neste Contrato só poderão ser utilizados pelos usuários regularmente inscritos pela CONTRATANTE e aceitos pela CONTRATADA, a partir da data da inclusão, respeitando o determinado nas cláusulas de condições de admissão e os períodos de carência previstos neste instrumento.

15. O ingresso dos dependentes e agregados dependerá da participação do beneficiário titular no presente contrato.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. A CONTRATADA assegurará os procedimentos na rede do Sistema Unimed, exclusivamente quando solicitados por médicos assistentes de acordo com o rol de procedimentos vigente na ocasião do evento.

1.1. **Consultas:** os usuários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados das cooperativas médicas que integram o Sistema UNIMED.

1.2. **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, contratados ou credenciados pelas cooperativas médicas que integram o Sistema UNIMED.

1.3. **Internações hospitalares** - Serão realizadas na rede de hospitais credenciados do Sistema Unimed, excetuando-se os hospitais de alto custo, constantes do ANEXO I, para os quais não haverá cobertura em nenhuma hipótese.

1.4. Serão cobertos ainda:

a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar descrito na Lei 9656/98 e resoluções da Agência Nacional de Saúde;

b) A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento caso haja indicação clínica;

c) Atendimento dentro da área de abrangência estabelecida no presente contrato independentemente do local de origem do evento.

2. A CONTRATADA não se responsabiliza pelos pagamentos de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratual ou, ainda, não cobertos, mas utilizados por erro ou dolo.

3. SEGMENTO AMBULATORIAL

3.1. A Contratada assegurará a Cobertura de:

a) consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, credenciadas pelo Sistema Unimed.

b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, nos termos das resoluções da Agência Nacional de Saúde em locais credenciados pelo Sistema Unimed.

c) consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, credenciados pelo Sistema Unimed, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

d) psicoterapia, credenciados pelo Sistema Unimed, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

e) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

f) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

g) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.1.1. Procedimento ambulatorial é o que demanda observação até o limite de 12(doze) horas, conceituada como estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, observação clínica, recuperação pós-operatória ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento do usuário.

3.1.2. Os **USUÁRIOS** terão direito aos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, estando sujeitos, no entanto, à emissão de guia autorizadora pela **CONTRATADA**.

3.1.3. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

4. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

4.1. A **CONTRATADA** assessorará o atendimento obstétrico, através da emissão prévia de guia de internação hospitalar, considerando que nas internações obstétricas a assistência médica será prestada pelos plantonistas dos hospitais e maternidades credenciados.

4.2. Cobertura assistencial ao recém nascido, filho do usuário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravado.

5. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

5.1. Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS da ANS, de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (de acordo com a Instrução Normativa da ANS em vigor), doenças do CID 10. As internações serão realizadas nos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed, depois de prévia autorização da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. Para efeito de internação hospitalar, está previsto o padrão de acomodação em **Quarto Coletivo**;

5.1.1.A CONTRATADA assegurará aos usuários em caso de internação os seguintes serviços: a) Assistência Médica através de seus médicos cooperados; b) Exames complementares indispensáveis para o controle da doença e elucidação diagnóstica, solicitados pelo médico assistente e realizados dentro da área de atuação do Sistema Unimed; c) Fornecimento de medicamentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação; d) Anestésicos; e) Gases medicinais; f) Quimioterapia e radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; g) Alimentação (nutrição parenteral ou enteral); h) Diária de hospitalização (inclui serviços gerais de enfermagem) em quarto coletivo, conforme indicação da CONTRATANTE, i) Taxas de sala e demais ligadas à assistência (de acordo com o artigo 12, II, e da Lei 9656/98) ; j) Hemoterapia, inclusive transfusão, k) hemodiálise e diálise peritonial CAPD; l) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; m) embolizações e radiologia intervencionista; n) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos; o) fisioterapia; p) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim, Córnea, autólogo e alogêneo de medula óssea, nos termos da resolução da ANS, exceto medicação de manutenção.

5.1.2. Os serviços da cláusula acima serão assegurados conforme a prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.1.3. Não haverá limite de permanência para internações hospitalares para tratamento clínico, cirúrgico, obstétrico ou internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

5.1.4. Será cobrado um percentual, descrito na proposta de admissão, do valor de uma diária por dia de internação quando os prazos de permanência em hospital psiquiátrico, unidade, ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, forem superiores a:

a) **30 dias nos casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não cumulativos, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral.**

b) **15 dias nos quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, não cumulativos, por ano de contrato.**

c) **Além da cobertura especificada na alínea "a" deste item, o usuário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia, nos termos das normas da ANS.**

5.1.5. Nos casos de urgência/emergência, os documentos que atestam tais situações serão providenciados pelo hospital prestador do serviço junto a CONTRATADA.

5.1.6 Haverá cobertura de despesas/permanência para acompanhantes de pacientes menores de dezoito anos, de idosos a partir de sessenta anos de idade, de portadores de necessidades especiais, de usuária durante o trabalho de parto e pós parto imediato, salvo no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas (extraordinárias) de acompanhantes. O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao hospital.

5.1.7. Os usuários deste contrato se obrigam a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, um documento de identidade e o cartão individual de identificação válido, emitido pela CONTRATADA.

5.1.8. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas (extraordinárias) de acompanhantes. O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao hospital.

5.1.9. Na hipótese de um usuário optar por acomodação hospitalar superior à prevista, deverá o usuário arcar com a diferença de preço de diárias e taxas a critério do hospital e a complementação dos honorários médicos previamente negociada entre o usuário e os médicos envolvidos, não cabendo em hipótese alguma ressarcimento pela CONTRATADA.

5.1.10. Nas emergências e urgências, clínicas ou cirúrgicas e nas internações obstétricas, a assistência médica será prestada por plantonistas dos hospitais e prontos-socorros credenciados do Sistema Unimed.

5.1.11. A CONTRATADA não reconhece e nem se responsabiliza por quaisquer acordos, fora das coberturas contratuais comprovadamente ajustados pelos usuários da CONTRATANTE, ou por esta, com hospitais, entidades ou médicos, seus cooperados ou não.

5.1.12. Para fins deste contrato, acidente pessoal é o evento exclusivo com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, violento, involuntário, causador de lesão física, que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico.

5.1.13. Enquadram-se as coberturas de transplante renal, córnea, autólogo e alogênico de medula óssea nos termos da resolução da ANS, salvo os demais transplantes e procedimentos de alta complexidade que vierem a ser normatizados por Órgão Governamental e que serão objeto de aditivo contratual, alterando-se entre outros a cláusula de Formação de Preço deste instrumento.

5.1.13.1. Serão cobertas as despesas com procedimentos vinculados com os transplantes renal, de córnea, autólogo e alogênico de medula óssea nos termos da resolução da ANS, sendo elas: a) despesas assistenciais com doadores vivos; b) medicamentos utilizados durante a internação; c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio,

exceto medicamentos de manutenção; d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

5.1.14. A CONTRATADA cobrirá as próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, exceto as próteses dentárias.

5.1.15. Serão cobertos os procedimentos de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, conforme resoluções da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo observado a:

a) cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

5.1.16. Será assegurada a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/98, incluído pela Lei 10223/2001).

5.1.17. Será assegurada a cobertura plástica reparadora de órgão e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.1.18. Será coberto o serviço de remoção inter-hospitalar que implica na remoção do usuário, por via terrestre, do local de primeiro atendimento a um centro de referência credenciado ou rede hospitalar credenciada o mais próximo possível, em ambos os casos pela CONTRATADA.

5.1.18.1. O serviço previsto na cláusula de remoção inter-hospitalar será prestado em território nacional.

5.1.18.2. O Atendimento de Remoção Inter-Hospitalar será realizado sempre que se verificarem as seguintes condições, cumulativamente:

a) Usuário já submetido a um primeiro atendimento médico e por recomendações médicas necessite de remoção;

b) Expressa requisição médica justificando a necessidade da remoção do usuário inscrito.

5.1.18.3. Compromete-se a CONTRATADA a manter Central de Atendimento Telefônico “0-800” (DDG), denominado **“UNIMED HELP”**, 24 horas por dia, para atendimento das chamadas dos usuários nos casos de extrema necessidade de remoção devidamente justificada.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. VISANDO O PERFEITO EQUILÍBRIO CONTRATUAL, FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES, QUE A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS.

1.1) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

1.2) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

1.3) TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;

1.4) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;

1.5) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS; TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO; CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

1.6) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS, COSMÉTICAS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA'S OU CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS DE ACOLHIMENTO DE IDOSOS, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS; RESSALTA-SE PARA APLICAÇÃO DESTES ITENS OS CASOS COBERTOS DE OBESIDADE MÓRBIDA, DESDE QUE OBSERVADO AS NORMAS DA ANS;

1.7) CIRURGIAS PLÁSTICAS NÃO RESTAURADORAS E TRATAMENTO PARA REJUVENESCIMENTO OU PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM E ESCLEROSE DE VARIZES;

1.8) CIRURGIAS REFRAATIVAS, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA, EXCETO AS PREVISTAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS;

1.9) TRATAMENTOS CLÍNICOS E/ OU CIRURGIAS, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO; TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADREM NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

- 1.10) PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE ENVOLVAM INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;
- 1.11) IMPLANTE E TRANSPLANTE DE: FÍGADO; CORAÇÃO; PÂNCREAS; PULMÃO; OU OUTRO DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO O DE RIM, CÓRNEA, AUTÓLOGO E ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO DA ANS;
- 1.12) DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS;
- 1.13) COMPLICAÇÕES OU CONSEQUÊNCIAS TARDIAS DO TRANSPLANTE OU RETIRADA DO ÓRGÃO DO DOADOR;
- 1.14) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA;
- 1.15) PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;
- 1.16) DURANTE OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA E NAS INTERNAÇÕES, OS ATOS MÉDICOS INDISPENSÁVEIS A SUA CONTINUIDADE E NÃO COBERTOS POR ESTE CONTRATO, SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE, QUE OS PAGARÁ DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE DE HONORÁRIOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E DA FATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO;
- 1.17) EXAME DE PATERNIDADE;
- 1.18) TODO E QUALQUER MÉTODO CONTRACEPTIVO, EXCETO OS PREVISTOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS DESCRITOS EM RESOLUÇÃO.
- 1.19) ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS;
- 1.20) NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;
- 1.21) AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;
- 1.22) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- 1.23) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;
- 1.24) MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;
- 1.25) MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.) E NÃO REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA;
- 1.26) VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO).
- 1.27) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;
- 1.28) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;
- 1.29) MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;
- 1.30) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;

4
anos

Unimed 
Campinas

1.31) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

1.32) DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO USUÁRIO TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGO-BAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO. CASO OCORRAM, SERÃO CUSTEADAS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO;

1.33) DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO USUÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;

1.34) INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA.

1.35) ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI 9.656/98;

1.36) TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO, EXCETO PARA OS ACOMPANHANTES DOS MENORES DE 18 ANOS, DOS IDOSOS A PARTIR DE SESENTA ANOS DE IDADE E DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO DA ANS;

1.37) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

1.38) PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED;

1.39) HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA E RPG;

1.40) NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO;

1.41) ATENDIMENTO NOS CASOS DE CATACLISMOS, COMOÇÕES INTERNAS, GUERRAS E REVOLUÇÕES;

1.42) NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED ONDE O USUÁRIO ESTA INSCRITO, ESTA O ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRA UNIMED. AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO;

1.43) INTERNAÇÕES E DEMAIS DESPESAS EFETUADAS EXCLUSIVAMENTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICOS, QUE NÃO JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO;

1.44) QUALQUER ATO ILÍCITO DEVIDAMENTE COMPROVADO.

1.45) EXAMES OCUPACIONAIS, EXCETO OS QUE FOREM DETERMINADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

2. A COBERTURA DESTE CONTRATO É RESTRITA AOS PROCEDIMENTOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA III, 1 (DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS

GARANTIDOS), NÃO SENDO A CONTRATADA OBRIGADA A DAR ATENDIMENTO FORA DOS CASOS PREVISTOS.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato vigorará a partir da data da assinatura da proposta de admissão, com a inclusão dos usuários individualmente considerados na CONTRATADA nos termos deste instrumento, pelo prazo de 12 (doze) meses.
2. Após o período de vigência supracitado, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado. Não serão exigidas taxas de renovação caso esta ocorra.

VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Para ter direito aos serviços objeto deste contrato, os usuários sujeitar-se-ão às carências abaixo, que incidirão a partir da data de sua regular adesão ao plano, exceto para os casos constantes nos itens 2.1, 2.2 e 2.2.1 desta cláusula.

2. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos usuários são os seguintes:

A) PROCEDIMENTOS NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	ZERO HORAS;
B) CONSULTAS MÉDICAS (INCLUINDO CONSULTAS COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO, PSICÓLOGO E TERAPIA OCUPACIONAL), PSICOTERAPIAS E EXAMES SIMPLES.....	30 DIAS;
C) ATENDIMENTO DE REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR.....	30 DIAS;
D) FISIOTERAPIAS.....	30 DIAS;
E) EXAMES SOFISTICADOS, EXCETUANDO-SE TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.....	30 DIAS;
F) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS.....	180 DIAS;
G) INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS.....	180 DIAS;
H) RADIOTERAPIA.....	180 DIAS;
I) QUIMIOTERAPIA.....	180 DIAS;
J) LITOTRIPSIA.....	180 DIAS;
K) RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.....	180 DIAS;
L) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.....	180 DIAS;
M) PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA.....	180 DIAS;
N) TRANSPLANTE RENAL, TRANSPLANTE DE CórNEA, HEMODIÁLISE CRÔNICA, INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA, CIRURGIA REFRACTIVA PARA AS PREVISTAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, GENÉTICA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS), SEPTAÇÃO GÁSTRICA (CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA).....	180 DIAS;
O) INTERNAÇÕES OBSTÉTRICAS PARA PARTO A TERMO.....	300 DIAS;

P) DEMAIS CASOS NÃO PREVISTOS NAS LETRAS ANTERIORES.....180 DIAS.

2.1. Os usuários dependentes quando incluídos, sofrerão as carências previstas na cláusula acima, excetuando-se:

A) os filhos recém-nascidos e os adotivos, quando o prazo para inclusão, sem carência, respectivamente será de até 30(trinta) dias após o nascimento ou da data inicial do termo de adoção.

B) Caso o titular ainda esteja em carência, o direito de assistência aos usuários descritos no item A supracitado também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

2.2. Os usuários não cumprirão carência, desde que, ingressem no plano em até 30 (trinta) dias a contar da vigência do presente contrato.

2.2.1. A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos usuários sem o cumprimento de carência, desde que:

a) o usuário tenha se vinculado a contratante após 30 (trinta) dias do início da vigência do presente instrumento; e

b) a solicitação de inclusão do usuário seja formalizada até 30 (trinta) dias da data do aniversário do contrato.

VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

1. As inscrições efetivadas no início do contrato, bem como as oscilações ocorridas durante a vigência contratual, e, condições exigidas pela Contratada para a cobertura de doença/lesões preexistentes, regerão nos seguintes termos:

2. Caso o número de inscrições da massa inicial seja inferior a 50 (cinquenta) usuários, os titulares devem preencher e assinar Declaração de Saúde, constando expressamente a existência ou não de Doença ou Lesão Préexistente referente a eles e seus respectivos dependentes e agregados, compreendendo aquelas que na data da adesão ao presente contrato tenham conhecimento.

3. O usuário preencherá a declaração de saúde mediante entrevista qualificada podendo ser orientado por um médico cooperado sem qualquer ônus.

4. Caso o usuário opte por ser orientado por médico não cooperado poderá fazê-lo desde que assuma o ônus financeiro desta entrevista.

5. As inscrições dos usuários somente efetivar-se-ão após apresentação à Contratada da Declaração de Saúde.

6. Se porventura existir Doença ou Lesão preexistente será aplicado o dispositivo de Cobertura Parcial Temporária(CPT), ou seja, a suspensão por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimento de Alta Complexidade(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário.

7. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o usuário saiba ser portador no momento do preenchimento da declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará na sua exclusão do contrato e consequentemente de

seus dependentes e agregados. Nesse caso, o Contratante juntamente com o usuário serão responsáveis pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.

7.1. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até à publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

7.2. Fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela Contratada.

8. Caso o número de inscrição da massa inicial de Usuários seja maior ou igual a 50(cinquenta) não será exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, desde que, os usuários sejam inscrito no máximo até 30 dias da celebração do contrato ou da data que os habilitou tornarem-se usuários, ressalvada à CONTRATADA a prerrogativa de exigir comprovação quando julgar necessária.

9. Durante a vigência deste instrumento, caso ocorra variação do número de participantes o usuário permanecerá observando a regra, da aplicação ou não da CPT, do momento da sua inclusão no plano.

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Atendimento de Urgência e de Emergência:

1.1. Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços de prontos socorros credenciados pela CONTRATADA ou sistema Unimed, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto, identificarem-se como USUÁRIOS e apresentarem o cartão individual de identificação.

1.2. São casos de **emergência** os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, caracterizado por declaração do médico assistente. São considerados casos de **urgência** aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

1.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são considerados emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o USUÁRIO ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

1.4. Neste contrato é garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

1.5. Fica assegurada a remoção inter-hospitalar do usuário, quando necessária, por indicação médica, do local de primeiro atendimento a um centro de referência credenciado ou rede hospitalar credenciada, ou para o SUS quando não existir cobertura para a continuidade do tratamento.

1.6. Nos casos de remoção para o SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) Quando inexistir a possibilidade de remoção por risco de vida, o Contratante negociará diretamente com o prestador do atendimento, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Contratada desse ônus;
- b) Caberá à Contratada o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) Na remoção, a Contratada 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;
- d) Quando o usuário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item b, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
2. As despesas efetuadas pelo USUÁRIO, em casos de urgência ou emergência, **quando não for possível** a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA ou pela Unimed responsável na área de atuação onde ocorreu o evento, os serviços serão prestados mediante a forma de reembolso, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários e a tabela praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados em vigor, **DESDE QUE SOLICITADO EM PRAZO MÁXIMO DE 12 (doze) meses** contados da data do evento ou prestação dos serviços.
- 2.1. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se o seguinte:
- a) Requerimento por escrito esclarecendo e justificando a solicitação de reembolso, protocolado na CONTRATADA;
- b) Notas fiscais originais acompanhadas de comprovantes de pagamentos quando o prestador for pessoa jurídica;
- c) Recibo original (sem ressalvas) quando o prestador for pessoa física.
- d) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.
- e) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.
- f) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.
- g) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares, somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o usuário.

IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

1. Não se aplica.

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. DA AUDITORIA E PERÍCIA

1.1. À CONTRATADA fica reservado o direito de realizar auditoria, perícias médicas, exames e inspeções com objetivo de fiscalizar os serviços contratados e otimizar a utilização dos recursos disponíveis, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

1.2. À CONTRATADA fica reservado o direito de realizar auditoria, perícias médicas, exames e inspeções em toda situação que envolver a solicitação de materiais de alto custo, ficando a sua liberação restrita aos casos normatizados pela contratada.

1.3. No caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será através de junta 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 operadora.

2. DA CONTRATAÇÃO E CANCELAMENTO DE SERVIÇOS

2.1. À UNIMED fica reservado o direito de, a qualquer tempo, cancelar contratos com hospitais, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, comunicando a CONTRATANTE com antecedência de 30 (trinta) dias, salvo fraude ou falência da empresa credenciada, ou ainda infração às normas sanitárias ou fiscais em vigor.

2.2. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Unimed durante o período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

2.3. Excetuam-se ao previsto no item acima (2.2) os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

3. Os procedimentos que exigem autorização prévia poderão ser consultados através do 0800 136 688.

3.1. A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência. Em caso de divergência será realizado junta médica nos termos descritos nas cláusulas anteriores.

4. A lista de prestadores está disponível no portal www.unimedcampinas.com.br

5. Nos consultórios médicos, o usuário deverá apresentar ao médico escolhido, o cartão de identificação fornecido pela contratada, juntamente com a identificação pessoal.

6. Nos serviços complementares de diagnose e terapia (S.A.D.T), o usuário deverá apresentar a solicitação de exame, emitido pelo médico assistente, autorizada pela contratada, o cartão magnético, o documento original de identificação pessoal e ainda, a identificação com a leitura da impressão digital.

7. Tanto no consultório como no serviço complementar de diagnose e terapia, poderá ser solicitado a apresentação da identificação do usuário com a leitura da impressão digital, devendo a Contratante cientificar tal usuário.
8. A Contratada não poderá negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer a sua rede própria ou credenciada.
9. A solicitação dos exames laboratoriais/complementares previstos no art. 12, inciso I, alínea b, da Lei nº 9.656, de 1998, e dos procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares, de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, dispostos no art. 12, inciso II, da mesma lei, e no art. 7º, parágrafo único da Resolução CONSU nº 10, de 1998, serão cobertos pela Contratada, mesmo quando promovidos pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelos respectivos conselhos de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- 9.1. A solicitação das internações hospitalares e dos exames laboratoriais/complementares, requisitados pelo cirurgião-dentista, devidamente registrado nos respectivos conselhos de classe, serão cobertos pela Contratada, sendo vedado negar autorização para realização de procedimento, exclusivamente, em razão do profissional solicitante não pertencer à sua rede própria, credenciada ou referenciada;
- 9.2. A solicitação de internação, com base no art. 12, inciso II da Lei nº 9.656, de 1998, decorrente de situações clínicas e cirúrgicas de interesse comum à medicina e à odontologia deve ser autorizada mesmo quando solicitada pelo cirurgião-dentista, desde que a equipe cirúrgica seja chefiada por médico.
- 9.3. A cobertura dos procedimentos de natureza odontológica se dará respeitando o rol de procedimentos da ANS, contemplando todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças – CID – da Organização Mundial de Saúde e, também, a segmentação contratada entre as partes.

XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

1. A CONTRATANTE é obrigada a pagar à CONTRATADA, a importância mensal (pré estabelecida) obtida pela soma das mensalidades dos usuários titulares e as mensalidades dos dependentes e agregados inscritos neste contrato, até o dia 10 (dez) de cada mês, a contar do mês de vigência do presente contrato:
- a) **mensalidade para usuários:** os preços são fixados em Real, com base no cálculo atuarial discriminado nas cláusulas referentes ao pagamento da mensalidade.
- b) **cadastro:** os custos de cadastramento corresponderão ao valor constante, por usuário, por ocasião da inscrição:
- c) O custo de cadastramento corresponderá ao valor constante na Proposta de Admissão, por usuário inscrito.
- d) Será cobrada a 2º via do cartão individual de identificação no valor descrito na Proposta, por cartão.

e) Todos os valores serão corrigidos conforme previsto nas cláusulas referentes ao pagamento da mensalidade.

1.1. Os preços foram fixados em Real, com base em cálculo atuarial especificado nas cláusulas referentes ao pagamento da mensalidade.

2. As mensalidades serão pagas pela forma de pré-pagamento, através de fatura ou por aviso bancário, sempre no dia 10 (dez) de cada mês, a contar do mês de vigência do presente contrato.

2.1. As mensalidades não pagas no vencimento serão corrigidas monetariamente pelo IPCA, com juros de 1% ao mês, no período entre o dia do vencimento e o do pagamento, acrescido de multa de 2%(dois por cento), incidente sobre o valor do débito, acrescidos ainda dos valores correspondentes ao custo de cadastramento quando das inclusões, ou conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

2.2. Toda vez que houver extravio ou perda do cartão individual de identificação, exceto em caso de roubo, desde que apresentado o Boletim de Ocorrência, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA, a título de 2ª via de cartão, o valor descrito na proposta, por cartão emitido.

XII - REAJUSTE

1. Os valores previstos no início de vigência do contrato foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados a disposição dos usuários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, as carências, as despesas administrativas e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim qualquer alteração destes itens ensejará a adoção de novos valores, com comunicação a ANS, visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente negociado entre as partes e a cada período de 12 (doze) meses.

1.1. A periodicidade prevista na cláusula anterior será alterada, para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no artigo 28, da Lei nº 9.069, de 29.06.95.

2. Para melhor entendimento, nos serviços colocados a disposição dos usuários os preços são relativos aos custos das despesas médicas, ambulatoriais e/ou hospitalares, tais como:

- a) honorários, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- c) Procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
- d) diárias e taxas hospitalares;
- e) materiais e medicamentos.

3. O cálculo do reajuste, para garantir o equilíbrio contratual bem como a viabilidade da continuidade deste contrato, será conforme os custos dos serviços enumerados no item 2, considerando também a variação dos custos administrativos e da carga tributária e a receita apurados nos últimos 12 meses disponíveis para análise sendo então aplicado a seguinte fórmula:

$$\{[(C / R) / I_p - 1] * 100\} + IPCA$$

Onde: C = Custos acrescido das despesas administrativas e tributárias, apurados num período de 12 meses.

R = Receita apurada num período de 12 meses

I_p = Índice Padrão de sinistralidade (0,88)

IPCA = Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IBGE)

XIII – FAIXAS ETÁRIAS

1. As faixas etárias de que trata este Contrato estão abaixo descritas onde os percentuais de reajuste de mudança de faixa etária e valores constam na proposta de admissão.

Idades.
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 anos ou mais

2. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o usuário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos Usuários deste Contrato, dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada Usuário, conforme os percentuais constantes na proposta de admissão.

3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que poderá ocorrer em período inferior a 12 (doze) meses, corresponderão aos percentuais constantes na proposta de admissão, que incidirão sobre o preço pago pelo usuário e não se confundem com o reajustamento pela variação de custos.

4. Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

5. A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o usuário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

XIV - BÔNUS - DESCONTO

1. A CONTRATADA poderá por mera liberalidade promover desconto em função do número de usuários inscritos e/ou ainda promover descontos considerando o período de tempo em que a empresa é CONTRATANTE da Unimed Campinas, desde que o desconto a ser concedido não provoque desequilíbrio financeiro do Contrato.

XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

1. O presente instrumento é uma contratação de plano de assistência à saúde coletiva por adesão, espontânea e opcional, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes e agregados.

XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. Será excluído o usuário titular que deixar de ter vínculo com a CONTRATANTE, sendo os seus dependentes e agregados também excluídos, obrigando-se a CONTRATANTE a comunicar o fato à CONTRATADA

2. No prazo final da tutela e da curatela dos USUÁRIOS DEPENDENTES, bem como quando os filhos(as) e enteados(as) que atingirem 24 (vinte e quatro) anos de idade, ou ao contrariem matrimônio, perderão a qualidade de USUÁRIOS DEPENDENTES, obrigando-se a CONTRATANTE a comunicar o fato à CONTRATADA.

3. O Usuário que perder a condição de dependência, será excluído, obrigando-se a CONTRATANTE comunicar o fato à CONTRATADA, além de recolher e devolver à CONTRATADA o cartão individual de identificação, ficando responsável pelos atendimentos decorrentes da utilização indevida dos serviços.

4. Caso seja devidamente comprovado que o usuário cometeu fraude, utilizando de forma indevida o sistema Unimed, o usuário fraudulento, tanto titular como dependente e agregado, bem como demais dependentes inscritos no mesmo plano de que faz parte referido usuário, serão excluídos da Unimed Campinas, perdendo o direito de uso do sistema. Fica garantido à CONTRATADA o direito de receber os cartões individuais de identificação de todos os excluídos, e de emitir comprovante das despesas decorrente deste fato, que será considerado título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

5. É obrigação da CONTRATANTE, no caso de exclusão de usuários, comunicar a CONTRATADA, e recolher os respectivos cartões individuais de identificação fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sob todos os aspectos perante a CONTRATADA, pelo seu uso indevido durante o período de validade dos mesmos, a partir da data de exclusão. Ocorrendo tal hipótese a CONTRATANTE autoriza, desde já, a CONTRATADA a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança, o valor correspondente aos serviços prestados em tal caso.

6. As exclusões de usuários para efeito de atendimento e de faturamento serão consideradas no último dia do mês indicado pela CONTRATANTE.

XVII - RESCISÃO

1. No caso de inadimplemento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, fraude ou falência/liquidação, poderá a parte inocente resolver este ajuste suspendendo o atendimento ou rescindindo imediatamente este contrato e eventuais aditivos, sem prejuízo do ressarcimento das mensalidades faltantes, por perdas e danos, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito, mais correção monetária de acordo com o IPCA, custas judiciais e honorários advocatícios.

2. A tolerância não importa perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

3. Após a vigência dos primeiros 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias, sem que assista às partes indenização, seja a que título for.

4. O contrato poderá ser rescindido motivadamente antes dos primeiros 12 (doze) meses, no caso de inadimplemento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, fraude ou falência/liquidação.

5. Rescindido o contrato, obriga-se a CONTRATANTE a devolver para a CONTRATADA todos os cartões individuais de identificação emitidos em favor do(s) usuário(s), assumindo total e absoluta responsabilidade pela utilização indevida dos mesmos.

XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza exigida pelo artigo 54, §3º, do Código de Defesa do Consumidor, que a responsabilidade da CONTRATADA limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula III,1, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos USUÁRIOS. Para tanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados na cláusula III,1, não têm cobertura contratual.

2. Os usuários ao ingressarem ou continuarem na Unimed, o nome, a identificação, outros dados pessoais e de utilização dos serviços pelo usuário, passam a integrar o cadastro de dados de propriedade da CONTRATADA que, desde já, fica autorizada a dele se utilizar, respeitadas as disposições legais em vigor.

3. O pagamento da mensalidade dá direito ao uso do sistema dentro do próprio mês de vencimento.

4. A CONTRATANTE reconhece que o valor das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a CONTRATADA

proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

5. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de novo cartão individual de identificação, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

6. A Contratante, pelo representante legal preambularmente identificado e qualificado, obriga-se a comunicar, por escrito, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em sua estrutura constitutiva, após a realização deste contrato, comprovando-a, posteriormente, logo em seguida ao Registro Legal (JUCESP ou Cartório), com a finalidade de viabilizar os procedimentos operacionais.

7. Integram este contrato, para todos os fins de direito, o manual do usuário, cartões de identificação, fatura mensal, entrevista qualificada e/ou exame médico quando for o caso e a declaração do estado de saúde do titular, dependentes e agregados quando for o caso, permanecendo sempre íntegras as cláusulas e condições ora contratadas.

XIX – ELEIÇÃO DE FORO

1. Fica eleito o Foro da cidade da Contratante para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

4
anos

Unimed 
Campinas

A N E X O I – EXTENSÃO NACIONAL – REDE BÁSICA

Ficam excluídos do presente contratos os hospitais de alto custo, para os quais não haverá cobertura em nenhuma hipótese, abaixo descritos:

SÃO PAULO

Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital do Coração
Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia
Hospital e Maternidade São Luiz – Itaim
Hospital Nove de Julho
Hospital Samaritano (Sociedade Hospital Samaritano)
Hospital São Luiz - Morumbi - Cidade Jardim
Hospital Sírio Libanês
Pronto Socorro Infantil Sabará
Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos (Fund. Inst. Moléstias Apar. Dig. e Nutrição)
Hospital e Maternidade Santa Catarina (Assoc. Congregação de Santa Catarina)
Hospital e Maternidade Santa Isabel (Irmandade Santa Casa de Miser. de SP)
Hospital e Maternidade Santa Joana (Maternidade E-Obstetria)
Hospital e Maternidade Santa Joana - Pró-Matre (Maternidade E Obstetria)
Real e Benem. Soc. Portuguesa de Beneficência

RIO DE JANEIRO

Clínica Pediátrica da Barra
Day Hospital S/C Ltda
Hospital Barra D'Or
Hospital Rio Mar
Clínica Bambina
Casa de Saúde São José
Hospital Quinta D'Or

SALVADOR

CPI - Clínica Pediátrica do Itaigara
Instituto Cardio Pulmonar
Hospital Santo Amaro (Fund. José Silveira)
Hospital Aliança
Hospital São Rafael
Memorial Brasil
Hospital Espanhol

Cód. 02083

ANS - nº 335690

Av. Barão de Itapura, 1123 - Guanabara
Campinas / SP - CEP 13020-901
Fone: 0800 13 66 88 - Fax: (19) 3231 7434
CNPJ 46.124.624/0001-11
www.unimedcampinas.com.br



4
anos

Unimed 
Campinas

BRASÍLIA

Hospital Santa Lucia
Hospital Anchieta
Ortosul – Centro Ortopédico de Fraturas
Clínicas de Doenças Renais de Brasília
Clineuro
CRB – Centro Radiológico de Brasília
Laboratório Exame
Laboratório Sabin

ABC

Hospital Brasil
Hospital Assunção

IMPORTANTE: A rede de prestadores Unimed, em nível nacional, está em constante atualização. Portanto não podemos garantir a informação prestada neste específico documento. Recomendamos que o guia Unimed seja sempre procurado na Unimed local, onde o beneficiário terá o seu atendimento.

Cód. 02083

ANS - nº 335690

Av. Barão de Itapura, 1123 - Guanabara
Campinas / SP - CEP 13020-901
Fone: 0800 13 66 88 - Fax: (19) 3231 7434
CNPJ 46.124.624/0001-11
www.unimedcampinas.com.br

