

ta de Admissão, declaração de saúde e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 117 - Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 118 - As partes Contratantes elegem o Foro da Comarca de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, como competente para dirimir e resolver quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento com exclusão de quaisquer outro por mais privilégio que seja.

Art. 119 - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justos e contratados, firmam a Proposta de Admissão que é parte integrante deste instrumento.

impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a tripulação aeromédica, o médico e enfermagem de bordo, deslocar o paciente usuário ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente usuário ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro, à segurança do voo.

Art. 107 – Em caso de óbito do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), ocorrido quando ainda estiver sob a responsabilidade técnica médica da CONTRATADA, poderá a equipe médica assistente encaminhar ao Serviço de Verificação de Óbito – Instituto Médico Legal – para a expedição do competente atestado de óbito, quando houver qualquer situação que respalde legal, ética ou tecnicamente tal ação. A CONTRATADA nos casos de óbito não tem responsabilidade com providências e/ou despesas de traslado, urna funerária, embalsamento, sepultamento, etc.

Art. 108 – Nos casos em que, após a chegada no local onde se encontra o(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s) a equipe médica da CONTRATADA constatar que as condições clínicas/cirúrgicas do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s) divergem das informações anteriormente prestadas, quando a solicitação de vôos e contatos posteriores, ou que o(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), por quaisquer outras circunstâncias, não apresenta condição para remoção aérea, ou que há plena condição para o tratamento do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s) naquele local o voo NÃO se efetivará.

## TÍTULO XIV

### Das Disposições Finais

Art. 109 - Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 110 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 111 - A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 112 - A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 113 - A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como comunicação formal da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 114 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 115 - A CONTRATANTE, por si e pelos usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 116 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Propos-

àtrico-ventricular total/Cetoacidose diabética/Choque cardiogênico/Coma Hiperosmoiar não cetótico/Complicações da prematuridade/Edema agudo de pulmão/Embolia pulmonar/Endocardite aguda/Grandes queimados/Hemorragia digestiva grave/Insuficiência respiratória aguda/Pericardite aguda/Pneumotórax drenado/Politrauma/Sepse/Síndrome coronariana aguda/Trauma de abdome/Trauma de tórax/Traumatismo de crânio-encefálico/Traumatismo raquí-medular.

Art. 103 – É função explicativa dos responsáveis pelo(a) CONTRATANTE e/ou seus familiares a escolha e a contratação do Hospital para onde o paciente usuário será transportado, reservando a respectiva vaga hospitalar, responsabilizando-se por eventuais acertos, entrega de guias de internação e acatamento a demais condições impostas pelo hospital escolhido, informando à CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 H DA CONTRATADA tão logo possível, onde, como e quem foi reservada a vaga hospitalar. A CONTRATADA não desempenhará nenhum papel nessa escolha, reserva e contratação. Os vãos não se efetivarão sem observância à presente condição, devendo a CONTRATADA confirmar vaga.

Art. 104 – A CONTRATADA será responsável pelo transporte terrestre do paciente da aeronave ao Hospital de destino, na Capital Federal e em todas as Capitais dos Estados Brasileiros. Nas demais localidades este transporte será de responsabilidade do(a) CONTRATANTE ou seus familiares e/ou responsável(is) legal(is).

Art. 105 – Não é de responsabilidade da CONTRATADA todo e qualquer tipo de complicação, agravamento, piora e comprometimento do quadro clínico, aumento de morbidade, danos, seqüelas, lesões e tabela o óbito, de paciente usuários cuja solicitação de transporte aeromédico se fez tardiamente, cujo tratamento pelo médico assistente se fez de forma inadequada, cujo diagnóstico, se fez erroneamente, cuja informação à CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 H DA CONTRATADA se fez de forma parcial, imprecisa, tendenciosa, pouco clara, com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico ou houver demora pela outra parte em providenciar itens definidos no presente contrato. Também NÃO se responsabiliza a CONTRATADA por todo e qualquer comprometimento, dano, piora, agravamento, complicação do quadro clínico, seqüelas e óbito do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), em decorrência de todo e qualquer tipo de transporte até a aeronave, desde que efetuado sem a responsabilidade da CONTRATADA. De mesma forma NÃO é de responsabilidade da CONTRATADA toda e qualquer consequência danosa ao(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), decorrente do tratamento, atos e procedimentos médicos a ele(s) ministrados, antes de seu recebimento pela equipe médica da CONTRATADA, na origem do transporte e depois de sua entrega pela equipe médica da CONTRATADA, no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.

Art. 106 – A adesão ao presente contrato pressupõe a autorização explícita do(a) CONTRATANTE e/ou seus respectivos familiares, para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, até cirúrgica, tratamento e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s) e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico. Nenhum ato em desacordo com o CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da CONTRATADA, bem como não terão cobertura de transporte aeromédico, pelo contrato, CONTRATANTES e/ou dependente(s) submetidos voluntariamente a tais atos. Também em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que



**Art.97 - Restrições:**

- a) apresentar estado de coma irreversível;
- b) apresentar quadro sem possibilidade terapêuticas - fase terminal;
- c) esteja ou foi submetido a atos médicos experimentais em desacordo com o código brasileiro de deontologia médica;
- d) apresentar lesões decorrentes de atos voluntários ou tentativas de suicídio;
- e) apresentar uso de bebidas alcoólicas;
- f) apresentar uso voluntário de drogas ilícitas.

**Art.98 -** A CONTRATADA não será responsável por faltas de vagas hospitalares, tanto em CTI, UTI, como em outras unidades de internação ou unidades de exames complementares, depósitos em caução para garantia de internação, liberação e autorização de guias de internação e coberturas de itens restritivos do Plano de Saúde contratado pelo(a) CONTRATANTE e/ou dependente(s).

### **CAPITULO III**

#### **Da Assistência Aeromédica – Transporte Aeromédico.**

##### **SEÇÃO I – Da prestação dos serviços**

**Art. 99 -** A utilização dos serviços contratados está condicionada a que sua solicitação seja feita diretamente à **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24H DA CONTRATADA** – telefone 0800 312312 – exclusivamente pelo médico assistente do(a) **CONTRATANTE** e/ou dependente(s), após o cumprimento de carência de 60 (sessenta) dias, do início de vigência do contrato, conforme explicitado na proposta de admissão.

**Art. 100 -** O Serviço de Assistência Aeromédica será prestado continuamente 24 (vinte e quatro) horas do dia, com acompanhamento médico e os recursos que se fizerem necessários. O atendimento será de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 H DA CONTRATADA**, sempre respeitando a legislação em vigor no que diz respeito às condições de tráfego aéreo e meteorológicas, bem como as normas de instruções do Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica – DAC, priorizando-se os casos de maior urgência/emergência/gravidade.

**Art. 101-** Os transportes aeromédicos serão efetuados exclusivamente nas seguintes hipóteses:

- a) Inter-hospitalar, ou seja, de um hospital de menos recurso para outro mais próximo, de mais recurso, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos, não existentes no Hospital onde se encontra, sendo a distância entre eles sempre superior a 50 Km (cinquenta quilômetro).
- b) Retorno ao local de domicílio, quando o quadro clínico permitir e existirem reais benefícios à recuperação do paciente usuário, sob restrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transportado em aeronave UTI, estando impedido de retornar por outros meios de transporte, sendo o destino sempre superior a 50 Km (cinquenta quilômetros).

##### **SEÇÃO II – Condições Gerais:**

**Art. 102 -** São casos de atendimento: Abdome agudo inflamatório/Abdome agudo obstrutivo/Acidente vascular cerebral isquêmico/Aneurisma abdominal/Aneurisma cerebral não roto/Aneurisma torácico/Bloqueio

Art.95 - A CONTRATADA será responsável pelo transporte do paciente dentro da área de ação do município de Juiz de Fora.

a) Não é de responsabilidade da CONTRATADA todo e qualquer tipo de complicação, agravamento, piora e comprometimento do quadro clínico, aumento de morbidade, danos, sequelas, lesões e tabela o óbito de pacientes usuários cuja solicitação se fez tardiamente, cujo tratamento pelo médico assistente se fez de forma inadequada, cujo diagnóstico se fez erroneamente, cuja informação à CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS DA CONTRATADA se fez de forma parcial, imprecisa, tendenciosa, pouco clara, com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico ou houver demora pela outra parte em providenciar itens definidos no presente contrato. Também NÃO se responsabiliza, a CONTRATADA por todo e qualquer comprometimento, dano, piora, agravamento, complicação do quadro clínico, seqüelas e óbito do (a) CONTRATANTE e/ou dependente (s), em decorrência de todo e qualquer tipo de transporte até o hospital, desde que efetuado sem a responsabilidade da CONTRATADA. Da mesma forma NÃO é de responsabilidade da CONTRATADA toda e qualquer consequência danosa ao (a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), decorrente do tratamento, atos e procedimentos médicos a eles (as) ministrados, antes de seu recebimento pela equipe médica da CONTRATADA, na origem do transporte e depois da sua entrega pela equipe médica da CONTRATADA, no destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.

b) O SOS - Assistência Médica Pré Hospitalar pressupõe a autorização explícita do (a) CONTRATANTE e/ou seus responsáveis e/ou seus familiares, para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção até cirúrgica, tratamento e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do (a) CONTRATANTE e/ou dependente (s) e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico. Nenhum ato em desacordo com o CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA- será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da CONTRATADA, bem como não terão cobertura de assistência médica pré-hospitalar, em caráter de urgência e emergência, pelo contrato, CONTRATANTES e/ou dependente(s) submetidos voluntariamente a tais atos.

c) Em caso de óbito do (a) CONTRATANTE e/ou dependente(s), ocorrido quando ainda estiver sob a responsabilidade técnica médica da CONTRATADA, poderá a equipe médica assistente encaminhar o (a) ao Serviço de Verificação de Óbito - Instituto Médico Legal - para a expedição do competente atestado de óbito, quando houver qualquer situação que respalde legal, ética ou tecnicamente tal ação. A CONTRATADA nos casos de óbito não tem responsabilidade com providências e/ou com despesas de traslado, urna funerária, embalsamamento, sepultamento, etc,

Art.96 - Condições especiais da prestação do serviço e restrições

a) Doenças infecto-contagiosas: O CONTRATANTE e/ou dependente(s) deverá informar ao médico da CONTRATADA se o paciente a ser transportado é portador de doença infecto-contagiosa, para que o mesmo possa preparar a equipe e os Profissionais de Saúde no tocante à adequação dos meios relativos a procedimentos de isolamento, proteção e conduta.

b) É vedado o transporte, e portanto sem cobertura contratual, de CONTRATANTE e/ou dependente(s) que venha solicitar o serviço para hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico.

§2º. Os valores pagos nos termos do parágrafo anterior, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

Art. 90 - Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Benefício Família.

Art. 91 - O direito ao Benefício Família (BF), aos dependentes do usuário titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

## CAPÍTULO II

### SOS - Assistência Médica Pré Hospitalar

Art. 92 - A utilização do serviço SOS está condicionada a que sua solicitação seja feita diretamente à CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS DA CONTRATADA - telefone 0800.320066 - pelo CONTRATANTE e/ou dependente(s) ou por pessoa que possa dar as informações necessárias para o serviço contratado.

Art. 93 - O serviço de assistência médica pré-hospitalar será prestado continuamente 24 (vinte e quatro) horas do dia, com acompanhamento médico e os recursos que se fizerem necessários. O atendimento será de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS DA CONTRATADA, priorizando-se os casos de maior urgência/emergência/gravidade.

Art. 94 - O serviço de assistência médica pré-hospitalar será efetuado exclusivamente nas seguintes hipóteses:

a) Nos casos de quadros clínicos agudos, de início súbito, não habitual ao paciente, que impossibilite a ida do mesmo ao seu médico assistente.

São os seguintes quadros clínicos que ensejam os atendimentos de urgência:

Asma moderada com piora progressiva, mesmo após a administração dos medicamentos habituais; cólica biliar; cólica nefrética; crises hipertensivas; dores abdominais intensas, dores de cabeça súbitas e fortes e hipertemia, que não se aliviam com remédios habituais; ferimentos profundos ou múltiplos, fraturas sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação, quadros de hipotensão arterial; tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência; vômitos repetidos, além de todo e qualquer quadro clínico que a critério médico requeira atendimento em breve e se apresente com características que impossibilitem a ida ao próprio médico.

b) Nos casos de quadros clínicos agudos que impliquem em risco de vida ou requeiram o atendimento do paciente.

São os seguintes quadros clínicos que ensejam os atendimentos emergenciais:

Afogamentos; anafilaxia; cardiovasculares (para cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina "pectoris", edema agudo do pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral); choques elétricos; comas metabólicos; intoxicações graves; neurológicos (síncope, convulsão, coma); politraumatismos graves; respiratórios (insuficiência respiratória aguda, crise asmática), e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.



to prestado a seus usuários, dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

## TÍTULO XIII

### Dos Benefícios Especiais

#### CAPÍTULO I

##### Do Benefício Família (BF)

Art. 85 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

*Parágrafo único. Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições contratadas.*

Art. 86 - Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se usuário dependente:

- a) cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos desde que esteja cursando faculdade;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos, inclusive nos limites de idade;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

*Parágrafo único. O direito ao BF também é conferido ao nascituro, considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito na forma do Capítulo IV do Título V deste instrumento.*

Art. 87 - O usuário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do usuário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

Art. 88 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

Art. 89 - O benefício previsto neste Capítulo fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

*§1º. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos no caput, ficam impedidos de gozar do Benefício Família, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o usuário titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades.*

## TÍTULO XII

### Da Rescisão do Contrato

ART. 80 - SERÁ CONSIDERADO RESCINDIDO ESTE CONTRATO, SE HOUVER ATRASO NO PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS DOZE MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DO DÉBITO COM SUAS CONSEQÜÊNCIAS MORATÓRIAS.

ART. 81 - RESCINDE-SE TAMBÉM ESTE CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, OCORRENDO:

- A) QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELOS PREPOSTOS DA CONTRATANTE E/OU POR QUALQUER USUÁRIO, NA UTILIZAÇÃO DO OBJETO DESTES CONTRATOS;
- B) ABUSO, CONSIDERADO COMO TAL A UTILIZAÇÃO ABSOLUTAMENTE DESNECESSÁRIA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS;
- C) UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO UNIMED;
- D) OMISSÃO OU DISTORÇÃO DE INFORMAÇÕES EM PREJUÍZO DA UNIMED OU DO RESULTADO DE PERÍCIAS OU EXAMES, QUANDO NECESSÁRIOS.
- E) DESCUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, SEM PREJUÍZO DAS DEMAIS PENALIDADES PREVISTAS NESTE CONTRATO.

PARÁGRAFO ÚNICO. A CRITÉRIO DA CONTRATADA, EM SUBSTITUIÇÃO À RESCISÃO DO CONTRATO, ESTA PODERÁ OPTAR, MEDIANTE PRÉVIO AVISO À CONTRATANTE, PELA EXCLUSÃO DO AUTOR DO ILÍCITO, OU ABUSO, BEM COMO DO RESPECTIVO USUÁRIO TITULAR A QUE ELE ESTIVER VINCULADO.

ART. 82 - ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO MÍNIMO FIXADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO, É FACULTADO À QUALQUER DAS PARTES DENUNCIAR O PRESENTE CONTRATO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO ESCRITA, COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 30 (TRINTA) DIAS, SUJEITANDO-SE A PARTE QUE DER CAUSA À RESCISÃO, AO PAGAMENTO DE MULTA PECUNIÁRIA EQUIVALENTE A 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DO CITADO PRAZO.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 83 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

Art. 84 - A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimen-



*CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS) + IGP-M (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.*

I - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) materiais; e,
- d) medicamentos.

II - Compõem as despesas administrativas:

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

Art. 73 - Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do artigo anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 74 - Os preços praticados para inclusões de novos titulares obedecerão os preços constantes da tabela vigente à data dessa inclusão, independente da data de aniversário do plano.

Art. 75 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

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

## SEÇÃO II - Das Faixas Etárias

Art. 76 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art 77 - As faixas etárias para os fins deste contrato são:

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

Art. 78 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo.

Art. 79 - Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

Art. 68 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

### SEÇÃO I - Da Inadimplência

Art. 69 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

### SEÇÃO II - Da Suspensão do Contrato

Art. 70 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito de a CONTRATADA denunciar o contrato.

*Parágrafo único. Independentemente do tempo de atraso no pagamento, da adoção da suspensão ou rescisão do contrato, a Contratada poderá tomar as medidas judiciais que entender necessárias para o recebimento de seu crédito. Além do encaminhamento a qualquer órgãos cadastrais de inadimplência.*

## CAPÍTULO II

### Da Variação dos Valores

#### SEÇÃO I - Do Reajuste e/ou Revisão

Art. 71 - Os valores previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, valor e/ou percentual de co-participação e franquia e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

Art. 72 - Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa no §1º deste artigo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§1º. Caso a nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

§2º. *O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula genérica: REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS*

§1º. A informação será prestada, através de declaração de saúde, cujo formulário é parte integrante deste contrato e da proposta de admissão anexa, facultada à contratada a realização de entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o CONTRATANTE.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

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

§4º. Fica a critério da CONTRATADA a realização de exame pré-admissional, posteriormente ou não à realização da entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

§5º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravamento do valor da mensalidade por período indeterminado pela contratada ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ficando a escolha entre as duas modalidades a critério da CONTRATANTE.

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

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

§8º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

## TÍTULO XI

### Da Contraprestação Pecuniária

## CAPÍTULO I

### Da Obrigação da Contratante

Art. 65 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de inscrição e mensalidade.

Art. 66 - As mensalidades e os eventuais valores relativos à co-participação e franquia serão pagos até seus respectivos vencimentos, da mesma forma que as mensalidades conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 67 - Se a CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed Juiz de Fora para que não se sujeite às consequências da mora.



## TÍTULO IX

### Das Carências

Art. 62 – As coberturas garantidas por este contrato somente terão efeito após decorridos os seguintes períodos de carência, contados a partir do início de vigência do contrato:

Na cobertura ambulatorial:

24 (vinte e quatro) horas para urgência e/ou emergência (Ressalvado o disposto na Resolução 13 do CONSU);  
30 (trinta) dias para consultas clínicas e cirúrgicas;  
30 (trinta) dias para exames básicos;  
90 (noventa) dias para exames especiais;  
180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;  
180 (cento e oitenta) dias para quimioterapia/radioterapia ambulatorial;  
180 (cento e oitenta) dias para procedimentos diagnósticos e terapêuticos especiais/alto custo ambulatorial;  
180 (cento e oitenta) dias para hemoterapia ambulatorial;  
30 (trinta) dias para fisioterapia;  
90 (noventa) dias para cirurgias ambulatoriais de baixo custo;  
730 (setecentos e trinta) dias para lesões ou doenças preexistentes.

Na cobertura hospitalar:

24 (vinte e quatro) horas para urgência e/ou emergência (Ressalvado o disposto na Resolução 13 do CONSU);  
180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas;  
180 (cento e oitenta) dias para internações cirúrgicas;  
300 (trezentos) dias para parto a termo;  
180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;  
180 (cento e oitenta) dias para quimioterapia/radioterapia;  
180 (cento e oitenta) dias para procedimentos diagnósticos e terapêuticos especiais/alto custo;  
180 (cento e oitenta) dias para nutrição parenteral ou enteral;  
180 (cento e oitenta) dias para procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;  
180 (cento e oitenta) dias para acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea;  
730 (setecentos e trinta) dias para lesões ou doenças preexistentes.  
180 (cento e oitenta) dias para internações psiquiátricas;  
180 (cento e oitenta) dias para internações por desintoxicação decorrentes de abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química.

## TÍTULO X

### Da Co-participação e Franquia

Art. 63 - Os valores, ou percentuais de co-participação para cada procedimento e franquia para internações clínicas ou cirúrgicas, se houver, estão dispostos na Proposta de Admissão.

### Das Lesões e Doenças Preexistentes

Art. 64 - No contrato coletivo, os usuários titulares serão obrigados a informar, por si e por seus dependentes e agregados, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

MAMÁRIA POSSA REPERCUTIR SOBRE A COLLUNA VERTEBRAL;  
IX - MEDICAMENTOS E/OU MATERIAIS CIRÚRGICOS QUE NÃO SEJAM MINISTRADOS EM INTERNAÇÕES OU EM ATENDIMENTOS EM PRONTO-SOCORROS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS PRESCRITOS PARA USO DOMICILIAR;

X - CHECK-UP;

XI - INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA ELETIVA, EM REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;

XII - NECRÓPSIAS;

XIII - MEDICINA ORTOMOLECULAR;

XIV - MINERALOGRAMA DO CABELO;

XV - EXAMES PARA PISCINA E GINÁSTICA E OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS;

XVI - APARELHOS ORTOPÉDICOS, FORNECIMENTO DE PRÓTESES E ÓRTESES NÃO COLOCADOS NO ATO CIRÚRGICO;

XVII - ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

XVIII - CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA;

XIX - TRATAMENTOS DE LESÕES OU DOENÇAS CAUSADAS POR ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS, PRATICADOS PELO USUÁRIO E QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA (NOS TERMOS DO ART. 160 DO CÓDIGO CIVIL) OU AINDA CAUSADOS POR COMPETIÇÃO COM VEÍCULOS, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS, OU OUTRAS ATIVIDADES ESPORTIVAS DE RISCO VOLUNTÁRIO;

XX - DESPESAS NÃO VINCULADAS DIRETAMENTE À COBERTURA DESTE CONTRATO.

XXI - IMPLANTES E TRANSPLANTES, EXCETO OS DE CÓRNEA E RIM QUE ESTARÃO COBERTOS, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES EXPRESSAS NESTE CONTRATO;

XXII - TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CASOS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS.

XXIII - PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR OU FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA CONTRATADA.

XXIV - ACIDENTES DE TRABALHO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, BEM COMO DOENÇAS PROFISSIONAIS;

XXV - EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS, UMA VEZ QUE SE TRATA DE UM OUTRO PRODUTO, DENOMINADO SAÚDE OCUPACIONAL;

XXVI - EXAMES E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS;

XXVII - PARA USUÁRIOS DO PLANO ENFERMARIA AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS AS DE ALIMENTAÇÃO (SERVIDA EXCLUSIVAMENTE PELA INSTITUIÇÃO) E ACOMODAÇÃO DE UM ACOMPANHANTE PARA O PACIENTE MENOR DE 18 ANOS;

XXVIII - PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL;

XXIX - SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA DIRETAMENTE À COBERTURA;

XXX - DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS DO SISTEMA NACIONAL UNIMED OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS POR ESTE;

XXXI - SERVIÇOS REALIZADOS EM DESACORDO COM O DISPOSTO NESTE CONTRATO.

*PARÁGRAFO ÚNICO. A COBERTURA PARA O DISPOSTO NOS INCISOS XXIV E XXV DESTE ARTIGO, PODERÁ SER CONTRATADA À PARTE, CONFORME PRODUTO DE LTTP (LESÕES TRAUMATOLÓGICAS DE TRABALHO E DE PERCURSO) E DE SAÚDE OCUPACIONAL DA CONTRATADA.*



Art. 57 - O pagamento das despesas, exames e procedimentos não cobertos deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 58 - Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 59 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

Art. 60 - Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

## TÍTULO VIII

### Das exclusões

ART. 61 - ESTÃO EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE CONTRATO:

I - CONSULTAS, EXAMES SIMPLES E ESPECIAIS, TRATAMENTOS, PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS;

II - TRATAMENTOS E CIRURGIAS EXPERIMENTAIS, EXAMES E MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.), CIRURGIAS E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO E INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

III - ATENDIMENTO NOS CASOS DE CALAMIDADE PÚBLICA, CONFLITOS SOCIAIS, GUERRAS, REVOLUÇÕES E OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA, E AINDA DE ENVENENAMENTOS DE CARÁTER COLETIVO OU OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;

IV - TRATAMENTOS E CIRURGIAS DECORRENTES DE DANOS FÍSICOS OU LESÕES CAUSADOS POR RADIAÇÕES OU EMANAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES.

V - VACINAS; MEDICAMENTOS IMPORTADOS, EXCETO AQUELES CUJOS CUSTOS SEJAM INFERIORES OU IGUAIS AOS NACIONAIS;

VI - TRATAMENTOS E CIRURGIAS PARA CONTROLE DE NATALIDADE, PARA INFERTILIDADE, ESTERILIDADE E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, BEM COMO TRATAMENTO CIRÚRGICO E EXAMES LABORATORIAIS DIAGNÓSTICOS E DE PRESERVAÇÃO PARA TODOS OS TIPOS DE IMPOTÊNCIA SEXUAL;

VII - ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;

VIII - CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS REPARADORAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS NA VIGÊNCIA DESTE CONTRATO (VIGÊNCIA ESTA CONSIDERADA PARA O USUÁRIO), E QUE ESTEJAM CAUSANDO PROBLEMAS FUNCIONAIS; TRATAMENTOS CLÍNICOS E/OU CIRÚRGICOS POR MOTIVO DE SENILIDADE, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO, PARA EMAGRECIMENTO (EXCETO O RELACIONADO A OBESIDADE MÓRBIDA) OU GANHO DE PESO; TRATAMENTOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, COSMÉTICA OU PARA ALTERAÇÕES SOMÁTICAS, FICANDO CLARO QUE A MAMOPLASTIA NÃO ESTÁ ASSEGURADA, AINDA QUE A HIPERTROFIA



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

§3º. As internações de que trata este artigo estarão sujeitas a exclusão por cobertura parcial temporária pelo prazo fixado na Proposta de Admissão.

Art. 49 - As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

Art. 50 - Exames e procedimentos obstétricos: analgesia de parto; cerclagem do colo uterino; parto via vaginal ou cesariana; cesariana com histerectomia; curetagem pós-aborto; extração manual da placenta; inversão uterina aguda pós-parto – redução manual ou cirúrgica; preñez ectópica; sutura de lacerações de trajeto pélvico; tococardiografia anteparto ou intraparto; amniocentese, dopplerfluxometria; perfil biofísico do feto; ultrassonografias obstétricas; amniocentese sob controle da ultrasonografia obstétrica; biópsia de velo corial; cordocentese; amnioscopia.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por esta opção, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial (Capítulo I do Título VII).

Art. 51 - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como materiais e medicamentos ministrados durante a internação, e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

## SEÇÃO II – Dos Procedimentos

Art. 52 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário.

Art. 53 - Nos casos de urgência ou emergência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 54 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor, e o comprovante de pagamento da mensalidade atualizado, na forma da lei.

Art. 55 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 56 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED, em tempo pré-determinado por esta, a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas e após aceitação do usuário.

Art. 43 - Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos considerados especiais/alto custo.

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia/radioterapia;
- c) nutrição parenteral ou enteral;
- d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- e) embolizações e radiologia intervencionista;
- f) litotripsia.

Art. 44 - Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 45 - A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 46 - Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

*Parágrafo único. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.*

Art. 47 - Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, isento de co-participação, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não cumulativo, a contar da data de adesão do usuário considerando-se o primeiro dia de internação. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na Proposta de Admissão.

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

Art. 48 - Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

*§1º. As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão isentas de co-participação pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano de contrato, não cumulativos. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na Proposta de Admissão.*

(doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;  
VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais/  
alto custo:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas, pediátricas, ginecológicas, otorrinológicas, ortopédicas e outras que possam ser realizadas em regime ambulatorial.
- f) tratamento esclerosante de varizes desde que não seja caracterizado com finalidade estética conforme Artigo 59 item VIII.
- g) litotripsia.

Art. 41 - Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Título VIII.

## **CAPÍTULO II** Da Segmentação Hospitalar

### **SEÇÃO I - Da Cobertura**

Art. 42 - Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica ou cirurgia de obstetria, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo padrão enfermagem, ou privativo padrão apartamento, conforme opção realizada na proposta de admissão, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado;
- II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação solicitados por médico cooperado, exceto os não cobertos por este contrato;
- III - assistência médica através de médicos cooperados;
- IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
- V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- VI - serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
- IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância ou transporte aeromédico (meio indicado pelo médico assistente), quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;
- XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
  - a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;



qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, dependentes, agregados e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

Art. 37 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Parágrafo único. Pela 2ª via do cartão de identificação do usuário será cobrado um valor de até R\$ 5,00 (cinco reais) por cartão emitido, cobrado no ato da emissão desta.

## TÍTULO VII

### Do Plano

Art. 38 - Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados, nos termos da Proposta de Admissão.

Art. 39 - A cobertura básica está discriminada neste Título nos capítulos I e II, que, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetria.

## CAPÍTULO I

### Da Segmentação Ambulatorial

#### SEÇÃO I - Da Cobertura

Art. 40 - A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos anexo à Resolução nº 10/98 do CONSU, com as respectivas atualizações pela ANS, observada a seguinte abrangência:

I - cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente cooperado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, exceto acidentes do trabalho e suas conseqüências e doenças profissionais;

IV - cobertura de remoção, conforme necessidade e indicação médica, poderá ser feita via terrestre e por transporte aeromédico, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

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

Parágrafo único. *Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.*

## SEÇÃO II - Do Aposentado

Art. 33 - A CONTRATANTE assegura ao usuário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário — e dos usuários dependentes e agregados a ele vinculados —, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades (artigo 31 da lei 9.656/98).

§1º. *Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.*

## SEÇÃO III - Das Responsabilidades

Art. 34 - Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu ex-empregado e eventuais dependentes ou agregados

§1º. *Exclusivamente em decorrência de falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades da CONTRATANTE, será da CONTRATADA a responsabilidade de administrar o plano, nas mesmas condições então vigentes, efetuando a cobrança das contraprestações diretamente dos usuários de que trata este Capítulo.*

§2º. *No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos usuários referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.*

## TÍTULO VI

### Cartão Individual de Identificação

Art. 35 - A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos usuários.

Art. 36 - É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

§1º. *Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em*

de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 28 - É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:  
a) esteja previsto no plano (opção) o atendimento obstétrico, cujas carências já tenham sido cumpridas integralmente; e

b) a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.  
II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após trânsito em julgado da decisão judicial;

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos eventuais prazos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão para os usuários inscritos inicialmente no contrato, desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.

Art. 29 - O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Art. 30 - A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como dos agregados, se houver.

## CAPÍTULO V

### Das Condições de Permanência no Plano

#### SEÇÃO I - Do Demitido

Art. 31 - A CONTRATANTE assegura ao usuário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário e dos usuários dependentes e agregados a ele vinculados nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades (artigo 30 da lei nº 9.656/98).

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 32 - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida neste Capítulo.



ÁRIO, REALIZADO ENQUANTO PERDURAR O ESTADO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

ART. 22 - A CONTRATANTE PERDERÁ O DIREITO AO REEMBOLSO DE CORRIDOS DOZE MESES DA DATA DO EVENTO.

## TÍTULO V

Dos Usuários

### CAPÍTULO I

Do Titular

Art. 23 - São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

### CAPÍTULO II

Dos Dependentes

Art. 24 - São usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos;
- f) o pai e a mãe.

### CAPÍTULO III

Dos Agregados

Art. 25 - A critério da CONTRATADA, poderão ser admitidas outras pessoas indicadas pelo usuário titular, na qualidade de usuários agregados, para apenas utilizarem a assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento, excluídos os benefícios do Título XIII Capítulo I

### CAPÍTULO IV

Da Inclusão e Exclusão

Art. 26 - A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 27 - Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio

como a relação com os respectivos endereços das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, devendo entretanto, o usuário, ao utilizar dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede própria e/ou credenciada.

Parágrafo único - Na contratação do plano de abrangência regional, em caso de urgência e emergência os serviços serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed.

Art. 18 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

**PARÁGRAFO ÚNICO - O NÃO COMPARECIMENTO DO USUÁRIO NA CONSULTA E/OU EXAME MARCADO SEM CANCELAMENTO DOS MESMOS COM NO MÍNIMO DE 2 HORAS DE ANTECEDÊNCIA, DARÁ À CONTRATADA O DIREITO DE COBRAR, DO CONTRATANTE, O VALOR DA CONSULTA E/OU EXAME**

## CAPÍTULO IV

### Do Reembolso

Art. 19 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 20 - O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) ocorrendo a internação ou utilização do usuário em rede não credenciada, o fato deverá ser comunicado a Unimed Juiz de Fora, NO PRAZO MÁXIMO DE TRÊS (3) DIAS PELO USUÁRIO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, PARA FINS DE REEMBOLSO;
- c) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar ou óbito; tempo de permanência adulto ou neo-natal;
- d) conta hospitalar discriminando quantidade e tipo materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- e) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's discriminando funções e o evento a que se referem;
- f) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Parágrafo único. *Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.*

**ART. 21 - SÓ SERÃO REEMBOLSÁVEIS AS DESPESAS VINCULADAS DIRETAMENTE AO EVENTO QUE ORIGINOU O ATENDIMENTO AO USU-**

§ 3º. *Caso não seja aceita a proposta de admissão, a quantia despendida pelo proponente será reembolsada, até cinco dias após o prazo no parágrafo 2º.*

§ 4º. *Contratada a ampliação da cobertura, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites contratuais, bem como aceitação da nova proposta, de acordo com o disposto neste Capítulo.*

§ 5º. *Embora façam parte da rede contratada, os hospitais de tabela própria, não estão incluídos na cobertura deste contrato, para qualquer tipo de atendimento, devendo o usuário quando necessário, consultar a contratada ou prestador.*

## **CAPÍTULO II**

### **Do Início do Direito**

Art. 14 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos após aceitação de sua Proposta de Admissão pela CONTRATADA, e após o cumprimento das carências específicas para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

## **CAPÍTULO III**

### **Das Condições de Atendimento**

Art. 15 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos e aceitos.

§1º. *Os usuários do Contrato Coletivo por Adesão, ao utilizarem do serviço, deverão fornecer documento de identidade, cartão de identificação emitido pela Unimed-JF em pleno vigor, e os comprovantes de pagamento das mensalidades.*

§2º. *Os usuários do Contrato Coletivo Empresarial ao utilizarem do serviço, deverão fornecer documento de identidade, cartão de identificação emitido pela Unimed-JF em pleno vigor. Estão dispensados da apresentação do comprovante de pagamento, ficando o atendimento condicionado a quitação das mensalidades pela empresa contratante.*

Art. 16 - A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitais, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

- a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da CONTRATADA;
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;
- c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente Cooperado, em impressos próprios Unimed.
- d) internações em hospitais da rede própria e/ou credenciada mediante solicitação por médico-assistente-cooperado em impresso próprio da Unimed.

Parágrafo único. *Todos os procedimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares somente poderão ser realizados mediante apresentação prévia de guia autorizativa, expedida pela Unimed-JF*

Art. 17 - Com a aceitação será entregue ao CONTRATANTE o Guia de serviços de saúde, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem



§2º. No decorrer da vigência do contrato, se a quantidade de usuários ficar abaixo do número mínimo indicado no parágrafo anterior, a CONTRATANTE se obriga a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até dezessete anos de idade, até atingir aquele mínimo, de modo a manter as características do presente contrato.

## CAPÍTULO II

### Da Contratação Coletiva por Adesão

Art. 10º - Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

Parágrafo Único - O CONTRATANTE está isento de qualquer responsabilidade sobre os valores referentes à mensalidade e taxa de inscrição dos planos Coletivo, despesas extras que recairão sobre o usuário titular, que pagará diretamente à Unimed Juiz de Fora, através de carnê ou boleto bancário.

### SEÇÃO I - Dos Planos com menos de 50 Usuários

Art. 11º - No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.

### SEÇÃO II - Dos Planos com 50 Usuários ou Mais

Art. 12 - No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

## TÍTULO IV

### Da Prestação dos Serviços

## CAPÍTULO I

### Das Disposições Gerais

Art. 13 - Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, somente através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela contratada, conforme relação entregue ao CONTRATANTE. Os serviços serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, sem desembolso financeiro imediato por parte do usuário.

§ 1º. A ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CONTRATO ESTÁ DEFINIDA NA PROPOSTA DE ADMISSÃO.

§ 2º. A análise da proposta de admissão se fará dentro do prazo de 15 (quinze) dias, salvo a ocorrência de fato impeditivo de responsabilidade do contratante.

seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

XLI - UNIMED JUIZ DE FORA é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, com estatuto, área de atuação e personalidade jurídica próprios.

XLII - URGÊNCIA: evento médico decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

XLIII - USUÁRIO: é a pessoa física, inscrita pela CONTRATANTE e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, de dependente ou ainda, de agregado, conforme definido no Título V.

*Parágrafo único. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.*

## TÍTULO III

### Do Regime de Contratação

Art. 6º - O regime de contratação do plano está indicado na Proposta de Admissão, dentro das modalidades deste Título.

## CAPÍTULO I

### Da Contratação Coletiva Empresarial

Art. 7º - Entende-se como planos de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.

§1º. *O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.*

§2º. *O contrato poderá prever a inclusão tão somente dos dependentes legais, da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.*

§3º. *A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica de que trata o caput, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o § 1º deste artigo.*

### SEÇÃO I - Dos Planos com Menos de 50 Usuários

Art. 8º - No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, e será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência, conforme proposta de admissão integrante desse contrato.

### SEÇÃO II - Dos Planos com 50 Usuários ou Mais

Art. 9º - No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de usuários maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

§1º. *O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato, nesta modalidade de contratação, é de 50 usuários.*

cedimentos terapêuticos: a) angiografia; b) arteriografia; c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; d) ultra-sonografia; e) tomografia computadorizada; f) ressonância nuclear magnética; g) medicina nuclear in vivo; h) densitometria óssea; i) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; j) eletrocardiografia dinâmica (holter); k) monitorização ambulatorial de pressão arterial; l) radiologia com contraste; m) videolaringoscopia computadorizada; n) endoscopia cirúrgica; o) eletromiografia; e p) eletroneuromiografia.

**XXVI - FRANQUIA:** é a participação obrigatória do CONTRATANTE, expressa em reais (R\$) na proposta de admissão, pago pelo CONTRATANTE para si e seus dependentes no ato das internações hospitalares, onde o CONTRATANTE arcará com os valores mínimos estipulados contratualmente, respondendo a CONTRATADA pelos custos sofridos acima deste valor até o valor dos procedimentos cobertos pelo contrato de acordo com a opção expressa na proposta. Portanto, é o valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso quer nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

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

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

**XXIX - MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, em uma das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

**XXX - OBESIDADE MÓRBIDA:** quando o índice de massa corporal for igual ou maior que 40, sendo que este é definido pela relação entre o peso e a altura do indivíduo.

$$\text{Assim, } \text{OM} = \text{IMC} \geq 40; \text{ IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{altura})^2}$$

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

**XXXII - PRODUTOS:** são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.

**XXXIII - PRODUTO LTTP** é o que trata das coberturas referentes às Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso dos empregados das empresas, relacionados ao conceito de acidente do trabalho.

**XXXIV - PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL:** é o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

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

**XXXVI - PRÓTESE:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**XXXVII - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.

**XXXVIII - ROL DE PROCEDIMENTOS:** é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998, com as respectivas atualizações pela ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetria, hospitalar com obstetria, odontológico e o plano referência).

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

**XL - TABELA DE REFERÊNCIA:** é a lista indicativa de procedimentos e



leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às lesões e doenças preexistentes.

XII - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

XIII - CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

XIV - CONTRATANTE: é a pessoa jurídica qualificada na proposta de admissão, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

XV - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica através da relação de emprego, associativa ou sindical.

XVI - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.

XVII - CO-PARTICIPAÇÃO: é a parte paga pelo consumidor à empresa de saúde para realização de certo procedimento, além da mensalidade.

XVIII - CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (acrescido de um percentual a título de despesas administrativas).

XIX - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

XX - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

XXI - DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente de trabalho.

XXII - ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

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

XXIV - EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

XXV - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. São considerados **EXAMES BÁSICOS** de diagnóstico e terapia: a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia diagnóstica não cirúrgica; f) exames radiológicos simples sem contraste; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** a videolaringostroboscopia; j) prova de função pulmonar; k) teste ergométrico. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e pro-

## TÍTULO I Do Objeto e da Vigência

Art. 1º - O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, conforme rol de procedimentos, anexo à Resolução nº 10 CONSU, publicada em 4 de novembro de 1998 e posteriores alterações expedidas pela ANS, de acordo com a opção constante da Proposta de Admissão, AOS USUÁRIOS REGULARMENTE INSCRITOS, NA FORMA E CONDIÇÕES DESTE INSTRUMENTO.

Art. 2º - A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento.

Art. 3º - É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão

Art. 4º - Este contrato terá o início de vigência e a duração mínima previstos na Proposta de Admissão, prorrogando-se automaticamente, por tempo indeterminado.

## TÍTULO II Das Definições

Art. 5º - Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I - ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.  
II - ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

III - AGRAVO DE CONTRAPRESTAÇÃO: acréscimo ao preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais.

IV - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

V - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: são as localidades (cidades), a qual o cliente tem direito de utilizar o plano.

VI - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: engloba apenas os atendimentos realizados em consultórios (consultas) ou ambulatório (procedimentos ambulatoriais), definidos e listados no Rol de Procedimentos da cobertura ambulatorial, inclusive exames. O atendimento ambulatorial não prevê internação hospitalar ou leito hospitalar.

VII - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo baseado em metodologia estatística e atuarial, aceita pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, utilizado para determinação do valor das mensalidades e das provisões e/ou reservas, sempre visando a viabilidade técnico-econômica da operadora de plano ou seguro de saúde.

VIII - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas, contado a partir do início de vigência do contrato.

IX - CID 10 é a Classificação estatística INTERNACIONAL DE Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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

XI - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite, durante um prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,

<b>CAPÍTULO I</b>	
Da Segmentação Ambulatorial.....	11
Seção I - Da Cobertura.....	11
<b>CAPÍTULO II</b>	
Da Segmentação Hospitalar.....	12
Seção I - Da Cobertura.....	12
Seção II - Dos Procedimentos.....	14
<b>TÍTULO VIII</b>	
Das Exclusões.....	15
<b>TÍTULO IX</b>	
Das Carências.....	17
<b>TÍTULO X</b>	
Da Co-participação e Franquia.....	17
Das Lesões e Doenças Preexistentes.....	18
<b>TÍTULO XI</b>	
Da Contraprestação Pecuniária.....	18
<b>CAPÍTULO I</b>	
Da Obrigação da Contratante.....	18
Seção I - Da Inadimplência.....	19
Seção II - Da Suspensão do Contrato.....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
Da Variação dos Valores.....	19
Seção I - Do Reajuste e/ou Revisão.....	19
Seção II - Das Faixas Etárias.....	20
<b>TÍTULO XII</b>	
Da Rescisão do Contrato.....	21
<b>TÍTULO XIII</b>	
Dos Benefícios Especiais.....	22
<b>CAPÍTULO I</b>	
Do Benefício Família - BF.....	22
<b>CAPÍTULO II</b>	
SOS – Assistência Médica Pré Hospitalar.....	23
<b>CAPÍTULO III</b>	
Da Assistência Aeromédica – Transporte Aeromédico.....	25
Seção I - Da Prestação dos Serviços.....	25
Seção II - Condições Gerais.....	25
<b>TÍTULO XIV</b>	
Das Disposições Finais.....	27



TÍTULO I	
Do Objeto e da Vigência.....	1
TÍTULO II	
Das Definições.....	1
TÍTULO III	
Do Regime de Contratação.....	4
CAPÍTULO I	
Da Contratação Coletiva Empresarial.....	4
CAPÍTULO II	
Da Contratação Coletiva por Adesão.....	5
TÍTULO IV	
Da Prestação dos Serviços.....	6
CAPÍTULO I	
Das Disposições Gerais.....	5
CAPÍTULO II	
Do Início do Direito.....	6
CAPÍTULO III	
Das Condições de Atendimento.....	6
CAPÍTULO IV	
Do Reembolso.....	7
TÍTULO V	
Dos Usuários.....	8
CAPÍTULO I	
Do Titular.....	8
CAPÍTULO II	
Dos Dependentes.....	8
CAPÍTULO III	
Dos Agregados.....	8
CAPÍTULO IV	
Da Inclusão e Exclusão.....	8
CAPÍTULO V	
Das Condições de Permanência no Plano.....	9
Seção I - Do Demitido.....	9
Seção II - Do Aposentado.....	10
Seção III - Das Responsabilidades.....	10
TÍTULO VI	
Cartão Individual de Identificação.....	10
TÍTULO VII	
Do Plano.....	11

# PRODUTOS COMERCIALIZADOS PELA OPERADORA UNIMED JUIZ DE FORA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA

COLETIVO ADESÃO

COLETIVO EMPRESARIAL

## ■ COBERTURA CONTRATADA - Coletivo Adesão

---

- ARS** Ambulatorial Sem co-participação - Regional 433.267/00-9
- ANS** Ambulatorial Sem co-participação - Nacional 433.267/00-9
- ARC30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos - Regional 433.272/00-5
- ANC30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos - Nacional 433.272/00-5
- ARC50L100** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento Regional 443.484/03-6
- CR1S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 433.271/00-7
- CR2S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 433.270/00-9
- PLANO REFERÊNCIA**
- CN1S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 433.271/00-7
- CN2S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 433.270/00-9
- CR1C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 433.274/00-1
- CR2C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 433.273/00-3
- CN1C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 433.274/00-1
- CN2C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 433.273/00-3
- CR1C50L100F200** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento + Hospitalar + Obstetria com Franquia de R\$ 200,00 - Regional - Acomodação Privativo 443.482/03-0
- CR2C50L100F100** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento + Hospitalar + Obstetria com Franquia de R\$ 100,00 - Regional - Acomodação Semi Privativo 443.483/03-6
- HR1S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 433.269/00-5
- HR2S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 433.268/00-7
- HN1S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 433.269/00-5
- HN2S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 433.268/00-7

## ■ COBERTURA CONTRATADA - Coletivo Empresarial

---

- ARS** Ambulatorial Sem co-participação - Regional 434.185/00-6
- ANS** Ambulatorial Sem co-participação - Nacional 434.185/00-6
- ARC30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos - Regional 434.190/00-2
- ANC30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos - Nacional 434.190/00-2
- ARC50-100** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento Regional 443.487/03-1
- CR1S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 434.189/00-9
- CR2S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 434.188/00-1
- PLANO REFERÊNCIA**
- CN1S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 434.189/00-9
- CN2S** Ambulatorial Sem co-participação + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 434.188/00-1
- CR1C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 434.192/00-9
- CR2C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 434.191/00-1
- CN1C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 434.192/00-9
- CN2C30** Ambulatorial com co-participação 30% em todos procedimentos + Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 434.191/00-1
- CR1C50-100F200** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento + Hospitalar + Obstetria com Franquia de R\$ 200,00 - Regional - Acomodação Privativo 443.485/03-4
- CR2C50-100F100** Ambulatorial com co-participação 50% limitado em R\$ 100,00 por procedimento + Hospitalar + Obstetria com Franquia de R\$ 100,00 - Regional - Acomodação Semi Privativo 443.486/03-2
- HR1S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Privativo 434.187/00-2
- HR2S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Regional - Acomodação Semi Privativo 434.186/00-4
- HN1S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Privativo 434.187/00-2
- HN2S** Hospitalar + Obstetria Sem Franquia - Nacional - Acomodação Semi Privativo 434.186/00-4

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

Ambulatorial e  
Hospitalar Coletivo

---

Número do registro na ANS: 30.688-6

**ANS - nº 30688-6**



