

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO EMPRESARIAL
NOME COMERCIAL	UNIEMPRESA CP 30 APTO
NOME REGISTRADO NA ANS	UNIEMPRESA CP 30 APTO
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	INDIVIDUAL (APARTAMENTO)
REGISTRO NA ANS	479.602/17-1
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	GRUPO DE MUNICÍPIOS
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ATUAÇÃO	GOIÂNIA/GO, APARECIDA DE GOIÂNIA/GO, CIDADE DE GOIÁS/GO, INHUMAS/GO, PALMEIRAS DE GOIÁS/GO, SENADOR CANEDO/GO, TRINDADE/GO.
FORMAÇÃO DE PREÇO	PREESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO)
FATOR MODERADOR	COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA
ATENDIMENTO	REDE BÁSICA CREDENCIADA
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL



Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
 Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
 Apartamento - 479.602/17-1



## SUMÁRIO

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO .....	5
CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....	5
CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....	7
3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL.....	8
3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	10
CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	13
CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO .....	16
CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA .....	16
6.1 - DOS CONTRATOS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS .....	16
6.2 - DOS CONTRATOS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS.....	17
CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES .....	18
CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	20
8.6 - REMOÇÃO.....	21
8.7 - DO REEMBOLSO .....	22
CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....	23
9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	23
9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA .....	24
9.4 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA.....	25
CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	26
CLÁUSULA XI - REAJUSTE .....	26
11.1 - PARA CONTRATOS COM MAIS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS.....	26
11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE .....	29

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



<b>CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>CLÁUSULA XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS ...</b>	<b>32</b>
13.1 - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO .....	32
13.1.1 - DO DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA .....	32
13.1.2 - DO APOSENTADO .....	32
13.1.3 - DO APOSENTADO QUE CONTINUA TRABALHANDO NA MESMA EMPRESA....	32
13.1.4 - DAS REGRAS COMUNS AO DEMITIDO/EXONERADO E AO APOSENTADO .....	32
13.1.5 - DO COMUNICADO FORMAL DO CONTRATANTE.....	33
13.1.6 - DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO .....	34
13.1.7 - DO OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR .....	35
13.1.8 - DA MULTA POR FRAUDE NAS INFORMAÇÕES .....	35
<b>CLÁUSULA XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E</b>	
<b>SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>CLÁUSULA XV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL.....</b>	<b>37</b>
<b>CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>CLÁUSULA XVII - ELEIÇÃO DE FORO .....</b>	<b>46</b>
<b>SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS .....</b>	<b>47</b>
1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL.....	49
<b>SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS.....</b>	<b>51</b>

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



## **CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura dos custos médico-hospitalares, e das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **EXCLUSIVAMENTE E LIMITADO ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, anexos de Resolução Normativa específica, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e vigentes à época do evento, a ser prestado por intermédio de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.**

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, seus sucessores e cessionários, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## **CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 - Plano privado de assistência à saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada ao CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

2.1.1 - O empresário individual poderá contratar plano de assistência à saúde Coletivo Empresarial, OBSERVADAS AS REGRAS em normativo específico, editado pela ANS e vigente à época da contratação.

2.2 - Podem ser inscritos no plano como beneficiários titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o CONTRATANTE:

I. Os sócios da pessoa jurídica contratante;

II. Os administradores da pessoa jurídica contratante;

III. Os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei Nº 9.656, de 1998;

IV. Os agentes políticos;

V. Os trabalhadores temporários; e

VI. Os estagiários e menores aprendizes.

2.3 - São **DEPENDENTES** do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

a) seu cônjuge ou companheiro(a), assim reconhecido legalmente ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;

b) seus filhos até 30 (trinta) anos;

c) os indicados no inciso III, do artigo 4º do Código Civil Brasileiro vigente, que assim dispõe:

"III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade"

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



- d) seus enteados até 30 (trinta) anos, desde que o cônjuge e/ou companheiro(a) esteja inscrito como dependente;
- e) menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 30 (trinta) anos;
- f) as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do titular.

2.4 - Para fins e efeitos deste contrato, as idades estabelecidas nesta cláusula são consideradas em sua exatidão, ou seja, 30 (trinta) anos exatos e nenhum dia a mais. Caso o CONTRATANTE não concorde com a permanência daquele beneficiário no contrato, deverá solicitar a sua exclusão dentro do período da movimentação cadastral.

2.5 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular no plano privado de assistência à saúde, ressalvado o disposto no art. 30, §3º e art. 31, §2º da Lei 9.656/98 e suas atualizações.

2.6 - O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela CONTRATANTE através do PORTAL CORPORATIVO ou outro meio eletrônico padronizado pelo CONTRATADA, ou ainda através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

2.7 - Quando da assinatura do contrato e sempre que solicitado pela CONTRATADA, o CONTRATANTE anexará cópias dos documentos de comprovação do seu vínculo com o beneficiário Titular e da qualidade dos dependentes do mesmo, e ainda, os documentos de identificação pessoal, comprovante de endereço e outros solicitados pela CONTRATADA.

2.8 - Observadas as condições de elegibilidade previstas neste instrumento, serão admitidas as inscrições de filhos dos beneficiários em até 30 (trinta) dias do evento que lhes confere esse direito, nas seguintes situações:

- a) recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou ainda, sob guarda ou tutela judicial do beneficiário;
- b) menor de 12 (doze) anos, adotado pelo beneficiário do plano de assistência à saúde, ou sob guarda ou tutela judicial, e;
- c) menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicialmente ou extrajudicialmente pelo beneficiário do plano de saúde.

2.8.1 - O recém-nascido inscrito em conformidade com o previsto no item anterior, está isento do cumprimento do prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças ou Lesões Preexistentes, porém quanto aos prazos de carência devem ser observadas as seguintes condições:

- a) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de todos os prazos de carência; ou
- b) Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



carência já cumprida pelo beneficiário, devendo também cumprir o prazo de carência restante.

2.8.2 - O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em conformidade com o previsto no caput, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe, e estará sujeito ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária das Doenças ou Lesões Preexistentes.

2.9 - Poderá ainda ser inscrito com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário TITULAR, seu cônjuge, desde que seja recém-casado e a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do casamento, ficando sujeito ao cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária para Doença ou Lesão Preexistente, conforme previsto em cláusulas específicas nessas condições gerais.

2.10 - A inscrição desses beneficiários - filho recém-nascido natural, adotado ou sob guarda ou tutela judicial, menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela judicial ou cuja paternidade foi reconhecida e recém-casado - poderá ser efetuada depois do prazo de 30 (trinta) dias do evento que conferiu o direito, todavia, deverão cumprir os prazos de carências legais previstas nestas condições gerais.

2.11 - Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições dispostas neste instrumento quanto ao cumprimento dos prazos de Carências e de Cobertura Parcial Temporária.

2.12 - Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros.

2.13 - O beneficiário que na data da assinatura do contrato, estiver afastado da empresa por motivo de doença do trabalho, poderá ser incluído no plano contratado no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica, devidamente comprovada, nas mesmas condições dos inscritos inicialmente no plano.

2.14 - O DIA DA VIGÊNCIA INICIAL DO PLANO CONTRATADO É CONSIDERADO COMO DATA BASE MENSAL PARA O INÍCIO DO ENVIO DAS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS PARA A CONTRATADA.

2.15 - Toda movimentação cadastral permitida no contrato deverá ser solicitada pelo CONTRATANTE até o dia limite de movimentação mensal definido na Proposta de Adesão, por meio do PORTAL CORPORATIVO ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda, em impresso próprio fornecido pela CONTRATADA.

2.16 - As movimentações não solicitadas até o DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO, deverão ser encaminhadas na DATA BASE MENSAL subsequente, a qual será considerada como vigência inicial da movimentação solicitada para fins e efeitos desse instrumento.

### **CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista nesta Cláusula, exclusivamente na segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



(CFM), visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, exclusivamente e limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que podem ser obtidos no web site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

3.1.1 - A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.1.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação CONTRATADA.

3.1.2.1 - Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, conforme legislação específica vigente.

3.1.3 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.1.4 - O atendimento está assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços CONTRATADA, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

### 3.2 - COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, anexos de Resolução Normativa específica e vigentes à época do evento, editado e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **NÃO INCLUINDO** internação hospitalar ou procedimento para fins de diagnóstico ou terapia que, embora dispensem internação, requerem estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas, ou serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, conforme a seguir elencado:

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

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III - Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões



**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

IV - Psicoterapia de acordo com a indicação do médico assistente e com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V - Procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente e com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

VII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

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

VIII - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA;

IX - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**X - Tratamento de queimadura, A SER REALIZADO NO SERVIÇO PRÓPRIO DE QUEIMADURAS DA UNIMED GOIÂNIA, ressalvados os casos de urgência e/ou emergência em que será observado o disposto nestas condições gerais para reembolso.**

**XI - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.**

**3.2.2 - Para efeitos do disposto nessa cláusula, as ÁREAS DE ATUAÇÃO estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina NÃO SÃO CONSIDERADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.**

**3.3 - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**3.3.1 - A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, a cobertura HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, compreendendo os seguintes serviços:**

**I - Diárias de internação hospitalar em acomodação contratada, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**

**II - Acesso à acomodação em nível superior em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação CONTRATADA, sem ônus adicional, nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;**

**III - Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;**

**IV - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;**

**V - Exames complementares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;**

**VI - Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, DESDE QUE estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA;**

**VII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista no contrato;**

**VIII - Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta)**

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura CONTRATADA, **SALVO EXPRESSA CONTRAINDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE;**

IX - Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigentes à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XI - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a Regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e;
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação CONTRATADA;

XII - Seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



XIII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XIV - Cirurgia plástica reparadora QUANDO EFETUADA PARA RESTAURAÇÃO DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XV - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XVI - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XVII - Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

XVIII - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que um de seus representantes legais tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias no plano, vedando-se, nessa hipótese, qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

XIX - Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, observadas as seguintes condições:

- a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) Custeio parcial a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Cobertura de hospital-dia, conforme diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS.

XX - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados, necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), EXCETO medicamentos de manutenção;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

3.3.2 - Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação específica vigente;

3.3.2.1 - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.

3.3.2.2 - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

3.3.3 - O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

3.3.4 - A acomodação individual ora contratada, é composta por quarto individual com acomodação para 1 (um) acompanhante, um banheiro privativo e mobiliário necessário ao paciente e acompanhante.

3.3.5 - Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à ora CONTRATADA, deverá fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À CONTRATADA PROVENIENTE DESSA NEGOCIAÇÃO.

#### **CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1 - EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ A LEI Nº. 9.656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS EM RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO OS SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO E ANEXOS DE RESOLUÇÃO NORMATIVA ESPECÍFICA, EDITADOS E ATUALIZADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, E OS PROVENIENTES DE:

I - TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, INCLUSIVE OS NÃO RECONHECIDOS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM;

II - ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU AINDA, PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO, MESMO QUE O BENEFICIÁRIO JÁ ESTEJA DE POSSE DO CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO, EXCETO PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

III - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, EXCETO PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

IV - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CITEC;

V - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS, NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, BEM COMO AQUELES PREVISTOS NA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME);

VI - DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO AS LISTADAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

VII - CIRURGIAS E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES E ÓRGÃOS REGULADORES;

VIII - DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS:

- a. ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DOS MENORES DE 18 ANOS;
- b. ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE E LEGISLAÇÕES VIGENTES, PARA ACOMPANHANTES DE IDOSOS A PARTIR DOS 60 (SESSENTA) ANOS E PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS; E
- c. DESPESAS, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E LEGISLAÇÕES VIGENTES, RELATIVAS A UM ACOMPANHANTE INDICADO PELA MULHER DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.

IX - CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

X - CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

XI - PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS, AR CONDICIONADO, TELEVISÃO, FRIGOBAR OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATOS;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



XII - PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO, CONFORME "CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE", BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS A OPERADORA;

XIII - TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;

XIV - INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

XV - ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

XVI - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

XVII - APLICAÇÃO DE VACINAS;

XVIII - EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

XIX - FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

XX - ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

XXI - CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR;

XXII - TRANSPLANTES, EXCETO OS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXIII - TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS;

XXIV - PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;

XXV - INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

XXVI - PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE OU EM DESACORDO COM AS SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXVII - ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

XXVIII - ATOS DE NATUREZA CIRÚRGICA, INTERNAÇÕES EM LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE REFERENTES ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, DENTRO DO PERÍODO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, QUE COMPREENDE 24 (VINTE E QUATRO) MESES;

XXIX - CIRURGIA REFRACTIVA PARA GRAU DIFERENTE DO ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXX - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE Córnea E

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO OU AUTÓLOGO OU QUALQUER OUTRO QUE VENHA A SER INSERIDO NO ROL DE PROCEDIMENTO DA ANS, **RESSALVADOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO PARA OS TRANSPLANTES COBERTOS;**

XXXI - PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES, **EXCETO PARA RINS, CÓRNEAS E TRANSPLANTES ALOGÊNICO E AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA;**

XXXII - TRATAMENTO E ATENDIMENTO NOS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E DE TABELA PRÓPRIA, AINDA QUE OS MESMOS SEJAM CREDENCIADOS ÀS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A: HOSPITAL SÍRIO LIBANES (SP), HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA (SP), HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP), HOSPITAL DO CORAÇÃO - HCOR (SP), INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (SP), HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA (SP), REDE DOR, DENTRE OUTROS QUE UTILIZAM TABELA PRÓPRIA;

XXXIII - PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE MÁXIMO DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO;

XXXIV - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO, CONFORME PORTARIA Nº 24/94 - NR7 OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA; E PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS - PPRA, CONFORME PORTARIA 25/94 - NR9 - MTB OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A MEDICINA OCUPACIONAL (EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS);

XXXV - TRANSPORTE DE TECIDOS E ÓRGÃOS DO DOADOR AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM QUE SE ENCONTRE O RECEPTOR;

XXXVI - INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM QUALQUER CASO;

XXXVII - HONORÁRIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA E OS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS NA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS QUE, NAS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO, NECESSITEM SER REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

## **CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO**

5.1 - **A VIGÊNCIA MÍNIMA DO PRESENTE CONTRATO É DE 12 (DOZE) MESES** e inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE, sendo, a partir de então, prorrogável por prazo indeterminado ou até que haja denúncia de uma das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência inicial.

5.2 - Findo o prazo de vigência mínima, este contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

## **CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

### **6.1 - DOS CONTRATOS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS**

6.1.1 - Nos contratos com número de participantes igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários no ato da contratação, **SERÁ EXIGIDO** pela operadora o CUMPRIMENTO DOS



**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



PRAZOS DE CARÊNCIAS definidos nesta cláusula, devendo o beneficiário preencher o Formulário de Declaração de Saúde, através de entrevista qualificada.

**6.2 - DOS CONTRATOS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS**

6.2.1 - NÃO SERÁ EXIGIDO o cumprimento de prazos de carências nos contratos Coletivos Empresariais com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários no ato da contratação, DESDE QUE:

- a) O beneficiário formalize seu pedido de inclusão em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo empresarial; ou
- b) Em até 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

6.2.2 - A cada aniversário do contrato (mês de celebração) será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, **DESDE QUE o beneficiário formalize seu pedido de inclusão em até 30 (trinta) dias do aniversário do contrato.**

6.3 - Para as adesões ocorridas fora dos prazos descritos nestas condições gerais, será exigido pela operadora o cumprimento de períodos de carência definidos no quadro abaixo, sendo que a contagem dos prazos de carências iniciar-se-á concomitante à vigência da inclusão do beneficiário no plano ora contratado, observado o período de movimentação cadastral, independentemente do número de beneficiários inscritos.

QUADRO DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTO	DIAS
ACIDENTES PESSOAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei 9.656/98 e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema descrita nesse instrumento.	01 (24 HORAS)
CONSULTAS E DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA	180
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	180
PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA	180
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS, DIGESTIVOS, RESPIRATÓRIOS E PROCTOLÓGICOS	180
TRANSPLANTES, listados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS	180
HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL/CAPD	180
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA	180
MÉTODOS INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM	180
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	180
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	180
FISIOTERAPIA	180
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA E TRATAMENTOS POR ONDAS DE CHOQUE	180

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



MUDANÇA DE PLANO COM ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) PARA PLANO COM ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO)	180
DEMAIS PROCEDIMENTOS INTEGRANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO	180
PARTOS A TERMO	300

6.4 - Quando da migração de plano em acomodação coletiva (enfermaria) para plano em acomodação individual (apartamento), o beneficiário somente poderá usufruir da acomodação individual (apartamento) após o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carência, contando a partir da data de sua inclusão no novo plano e observada a não interrupção de pagamento das contraprestações pecuniárias.

6.5 - O CONTRATANTE COMPROMETE-SE A MANTER A QUANTIDADE MÍNIMA DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS DURANTE A VIGÊNCIA DESTA, PARA FINS DA GARANTIA DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS NESTA CLÁUSULA.

#### **CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 - O beneficiário titular deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da declaração de saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único do art. 13, da lei nº 9.656/1998.

7.2 - Doenças ou lesões preexistentes - DLP, são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na resolução normativa nº 162/2007 e suas atualizações.

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

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

7.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico de sua escolha, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



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

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

7.9 - **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT**, É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE ATÉ 24 MESES, A PARTIR DA DATA DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, A SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DESDE QUE RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE ÀS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES DECLARADAS PELO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL.

7.10 - **AGRAVO** É QUALQUER ACRÉSCIMO NO VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PAGA AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, PARA QUE O BENEFICIÁRIO TENHA DIREITO INTEGRAL À COBERTURA CONTRATADA, PARA A DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE DECLARADA, APÓS OS PRAZOS DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES NEGOCIADAS ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO.

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

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

7.13 - OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE ENCONTRAM-SE ESPECIFICADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, DISPONÍVEL NO WEBSITE WWW.ANS.GOV.BR.

7.14 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente ao Beneficiário, após decorridos 24 (vinte e quatro) meses de sua adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.15 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.16 - O Agravo será regido por documento específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



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

7.18 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

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

7.21 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

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

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

7.24 - Nos contratos Coletivos Empresariais com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, NÃO HAVERÁ Cobertura Parcial Temporária - CPT para as Doenças ou Lesões Preexistentes -DLP, DESDE QUE o beneficiário tenha sido incluído no plano dentro dos prazos definidos nestas condições gerais.

7.24.1 - Nos contratos com número de participantes igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários, as Doenças e Lesões Preexistentes - DLP terão Cobertura Parcial Temporária - CPT, conforme definido nesta cláusula.

#### **CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos desta cláusula são adotadas as seguintes definições, na forma do art. 35-C da Lei 9.656/98:

I - **EMERGÊNCIA** é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

II - **URGÊNCIA** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

8.2 - DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**DE URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.**

**8.3 - EXCLUEM-SE DA GARANTIA DE ATENDIMENTO REFERIDO NESTA CLÁUSULA, OS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E DE TABELA PRÓPRIA, AINDA QUE OS MESMOS SEJAM CREDENCIADOS ÀS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED.**

8.4 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência **LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas** em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

I - atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

II - atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;

III - atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes, durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

8.4.1 - A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM ACIMA - PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO - E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO CONTRATANTE, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

8.5 - Uma vez cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.

## **8.6 - REMOÇÃO**

8.6.1 - A CONTRATADA ASSEGURA AO BENEFICIÁRIO REGULARMENTE INSCRITO NESTE PLANO A REMOÇÃO TERRESTRE DO PACIENTE QUANDO COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA, PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO CONTRATO.

8.6.2 - Sendo caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, a CONTRATADA assegura ao beneficiário regularmente inscrito a remoção terrestre para outro estabelecimento hospitalar pertencente à rede credenciada ao plano contratado.

8.6.3 - Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze horas) da urgência e emergência e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

- a) em períodos de carência para internação e/ou parto;
- b) em período de Cobertura Parcial Temporária para DLP.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



8.6.4 - Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

8.6.5 - Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

8.6.6 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude de risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **8.7 - DO REEMBOLSO**

8.7.1 - EM CASOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA, QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS OU CREDENCIADOS DA UNIMED, DENTRO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO ORA CONTRATADO, PODERÁ SER SOLICITADO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR O REEMBOLSO DAS DESPESAS POR SERVIÇOS OU ATENDIMENTOS DAS COBERTURAS CONTRATADAS E PAGAS PELO MESMO.

8.7.2 - Para que se cumpra o disposto no item acima descrito, faz-se necessária a apresentação da documentação comprobatória da urgência e/ou emergência, pois, somente terá acolhida tal pretensão quando indiscutivelmente caracterizada a urgência e/ou emergência, dentro do conceituado na lei n.º 9.656/98 e nas resoluções em vigência.

8.7.3 - Dos documentos deverão constar:

- I. solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- II. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados e a data do atendimento;
- III. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- IV. relatório hospitalar discriminando a data da internação e da alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais originais;
- V. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- VI. quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA.

8.7.4 - SÓ SERÃO REEMBOLSÁVEIS AS DESPESAS VINCULADAS DIRETAMENTE AO EVENTO QUE ORIGINOU O ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO, E QUE ESTEJAM CONTEMPLADAS NA COBERTURA CONTRATADA.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



8.7.5 - OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM OCASIÕES DE INADIMPLÊNCIA, AINDA QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE, NÃO SERÃO REEMBOLSÁVEIS ATÉ QUE OS DÉBITOS EXISTENTES SEJAM QUITADOS.

8.7.6 - OS VALORES A SEREM REEMBOLSADOS SERÃO OS DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO E DE PAGAMENTOS AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA, DEDUZIDOS OS VALORES REFERENTES À COPARTICIPAÇÃO E/OU FRANQUIA, CASO HAJA INCIDÊNCIA DE FATOR MODERADOR NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

8.7.7 - A partir da entrega de toda documentação suficiente, a CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido.

8.7.8 - O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

8.7.9 - O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento.

#### **CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

9.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

9.1.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado de forma particular pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Essas despesas correm por conta exclusiva do beneficiário, tais como, mas não se limitando a: honorários médicos, taxas e contas hospitalares, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, materiais em geral, dentre outros.

#### **9.2 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

9.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, ACOMPANHADA DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIALMENTE RECONHECIDO, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

9.2.2 - Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do CONTRATANTE recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação à CONTRATADA. Não sendo feita a devolução, responde o CONTRATANTE pelo pagamento de qualquer ônus decorrente de eventual utilização.

9.2.3 - SERÁ DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE O ÔNUS PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO APÓS A EFETIVA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO.

9.2.4 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, através do PORTAL CORPORATIVO ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda por escrito. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será do CONTRATANTE.



### 9.3 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.3.1 - Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

**I- CONSULTAS MÉDICAS:** Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

**II - ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, INTERNAÇÕES CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E OBSTÉTRICAS:** serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com PRÉVIA AUTORIZAÇÃO da CONTRATADA.

**III - EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com PRÉVIA AUTORIZAÇÃO da CONTRATADA.

9.3.2 - O prazo de internação autorizado pela CONTRATADA constará na guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

9.3.3 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado.

**9.3.4 - PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, O BENEFICIÁRIO DEVERÁ:**

- a) Contatar a Central de Atendimento para informação ou ainda comparecer diretamente na sede da CONTRATADA, munido do cartão magnético de identificação e da guia de solicitação do procedimento;
- b) Apresentar sempre que solicitado, o laudo, relatório e exames e quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA, que comprovem a necessidade do procedimento;
- c) Caso a operadora necessite da presença do beneficiário para perícia com profissional avaliador, este deverá comparecer na sede da CONTRATADA, munido dos documentos solicitados por esta.

9.3.5 - A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

9.3.6 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

9.3.7 - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de JUNTA MÉDICA para dirimir o impasse, nos moldes da legislação em vigor, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador escolhido pelos outros dois, sendo



Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

9.3.8 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do Portal Corporativo [www.unimedgoiania.coop.br](http://www.unimedgoiania.coop.br) ou [www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br), de acordo com a área de atuação do plano contratado, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do SAC nos telefones: (62)3216-8000 /0800-642-8008.

9.3.9 - A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9.656/98.

9.3.10 - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

9.3.12 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

9.3.13 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

#### 9.4 - DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: CO-PARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

9.4.1 - Este plano terá uma COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO e uma FRANQUIA POR EVENTO, de acordo com o definido na proposta de adesão e em conformidade com a legislação vigente à época da contratação.

9.4.2 - A coparticipação consiste no pagamento pelo CONTRATANTE à CONTRATADA de uma parte da despesa assistencial, relacionada ao(s) procedimento(s) sobre os quais incide, estipulada previamente EM VALOR FIXO ou PERCENTUAL no ato da contratação.

9.4.3 - O limite máximo de coparticipação definido na proposta de adesão será considerado por procedimento realizado, para fins e efeitos desse contrato.

9.4.4 - A FRANQUIA É um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada, estipulada previamente EM VALOR FIXO na proposta de adesão, no ato da contratação.

9.4.5 - A coparticipação e a franquia terão como base de cálculo as tabelas de remuneração aos cooperados e de pagamento aos prestadores da Unimed Goiânia, vigentes à época da realização dos procedimentos/eventos.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



9.4.6 - O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não possui a natureza de contribuição na contraprestação pecuniária do plano ora contratado.

#### **CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

10.1 - Este plano será custeado em regime de preço PREESTABELECIDO (pré-pagamento), caracterizado pelo pagamento antes da utilização das coberturas contratadas pela pessoa jurídica CONTRATANTE, exceto nos casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, situação em que esta responsabilidade incumbe ao beneficiário titular.

10.2 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA até a data do vencimento os valores de inscrição e mensalidades relacionados na Proposta de Adesão por cada beneficiário inscrito, além dos valores relativos à coparticipação para os procedimentos previstos nas condições gerais e Proposta de Adesão.

10.3 - Quando o vencimento cair em dia em que não há expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.4 - Se o CONTRATANTE não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA ou retirá-lo através do Portal Corporativo [www.unimedgoiania.coop.br](http://www.unimedgoiania.coop.br), sendo que a CONTRATADA disponibilizará para o CONTRATANTE login e senha para impressão dos documentos via web, para que não se sujeite às consequências de pagamento de multa e juros moratórios.

10.5 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizados os seus dados cadastrais junto à CONTRATADA, para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas.

10.6 - OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES, O CONTRATANTE PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, JUROS DE MORA NA RAZÃO DE 0,033% (ZERO VÍRGULA ZERO TRINTA E TRÊS POR CENTO) CALCULADOS DIARIAMENTE, ACRESCIDOS DE MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

10.7 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

10.8 - TODOS OS VALORES DEVIDOS POR PARCELAS DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS, DAS COPARTICIPAÇÕES, AGRAVOS, OU QUAISQUER OUTRAS DESPESAS DECORRENTES DO CONTRATO CONSTITUEM DÍVIDA LÍQUIDA E CERTA DE RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE, PASSÍVEL DE EXECUÇÃO, MESMO APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO.

#### **CLÁUSULA XI - REAJUSTE**

##### **11.1 - PARA CONTRATOS COM MAIS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS**

11.1.1 - Os valores previstos na Proposta de Adesão foram preestabelecidos com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços,

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

11.1.1.1 - Anualmente, serão aplicados os reajustes econômico e/ou técnico conforme estabelecido nesta cláusula.

### 11.1.2 - REAJUSTE ECONÔMICO

11.1.2.1 - Os valores das mensalidades e tabela de preços serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses. Na falta da divulgação do índice **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, pelo índice que vier a substituí-lo oficialmente. E ainda, na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

11.1.2.2 - Caso o índice adotado acumule saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

### 11.1.3 - REAJUSTE TÉCNICO

11.1.3.1 - O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (S) seja superior a meta de sinistralidade (Sm) de 75% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

11.1.3.2 - Na hipótese de constatar necessidade de aplicação de reajuste técnico (RT), o índice estipulado no artigo anterior - reajuste econômico, será adicionado ao reajuste técnico, apurado conforme a fórmula a seguir:

$$R_T = (S \div S_m) - 1$$

Onde:

$$S = (CD - C) \div R$$

Sendo:

S = Sinistralidade;

CD = Custo Direto - são as despesas médicas e/ou hospitalares que são compostas dos honorários sobre consultas e outros procedimentos, serviços auxiliares de diagnósticos e terapias (SADT), diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, e demais custos relativos à assistência à saúde dos últimos 12 (doze) meses;

C = Recuperação de coparticipação nos últimos 12 (doze) meses;

R = Receita de Mensalidade nos últimos 12 (doze) meses;



$S_m$  = Meta de Sinistralidade correspondente a 75% (setenta e cinco por cento).

#### 11.1.4 - DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE

11.1.4.1 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

11.1.4.2 - O presente contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei 9.656/98, ou se a legislação vier a permitir.

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

11.1.4.4 - Os reajustes anuais dos valores da contraprestação pecuniária serão negociados livremente pelas partes até a data base pactuada (data de aniversário do contrato). CASO NÃO HAJA CONSENSO entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto, fica estipulado o prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data base, para que seja finalizada.

11.1.4.5 - Encerrada a negociação de reajuste entre as partes, será aplicado o índice negociado a partir da data de aniversário do contrato. Caso o reajuste ocorra em data posterior à do aniversário do contrato a data base, o CONTRATANTE se compromete a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior ao encerramento da negociação, em condições a serem pactuadas e firmadas em Termo de Acordo.

11.1.4.6 - CASO NÃO HAJA CONSENSO entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto no prazo de 90 (noventa) dias estipulado nesta cláusula, o contrato será renovado automaticamente com a aplicação do índice PROPOSTO no reajuste econômico descrito nesta cláusula, a partir da data do seu aniversário. Neste caso, se compromete o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior àquele que se deu a aplicação do índice de reajuste e a renovação do contrato.

11.1.4.7 - Optando o CONTRATANTE pela rescisão do contrato após a data base sem que tenha havido aplicação de reajuste, será, então, aplicado o índice PROPOSTO no reajuste econômico, descrito nesta cláusula, a partir da data do aniversário do contrato até a data do seu cancelamento, COMPROMETENDO-SE o CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior à rescisão.

11.1.4.8 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados no plano ora contratado.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



**11.2 - DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 BENEFICIÁRIOS, PARA FINS DE REAJUSTE**

11.2.1 - O agrupamento dos contratos coletivos tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de contratos com número igual ou inferior a 99 (noventa e nove) beneficiários.

11.2.2 - NÃO SERÁ INCLUÍDO NO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS O CONTRATO QUE NÃO ATENDER AOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O AGRUPAMENTO, CASO EM QUE SERÁ APLICADO O REAJUSTE CONTRATUAL ANUAL PREVISTO NA CLÁUSULA "REAJUSTE" DO PRESENTE INSTRUMENTO.

11.2.3 - A apuração da quantidade de beneficiários para a composição do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS será feita, inicialmente, no MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO e posteriormente UMA ÚNICA VEZ POR ANO, no ANIVERSÁRIO de cada contrato.

**11.2.4 - DO CÁLCULO DO REAJUSTE PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS COM MENOS DE 100 (CEM) BENEFICIÁRIOS**

11.2.4.1 - Os valores previstos na Proposta de Adesão foram preestabelecidos com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual.

11.2.4.2 - Anualmente serão aplicados os reajustes econômico e/ou técnico conforme estabelecido nesta cláusula.

**11.2.5 - REAJUSTE ECONÔMICO**

11.2.5.1 - Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, divulgado pelo IBGE, acumulado no período de 12 (doze) meses, consecutivos entre os meses de Março e Fevereiro do ano subsequente, sendo este o período de cálculo do percentual de reajuste.

11.2.5.2 - Na falta da divulgação do índice **IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE**, será utilizado o índice que vier a substituí-lo oficialmente. E na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

11.2.5.3 - Caso o índice adotado acumule saldo negativo nos 12 (doze) meses de cálculo, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o Reajuste Técnico, se for o caso.

**11.2.6 - REAJUSTE TÉCNICO**

11.2.6.1 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, os contratos que a integram receberão o

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



Reajuste Técnico, de acordo com a sinistralidade apurada na carteira, que complementarará o Reajuste Econômico previsto neste contrato, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.2.6.2 - O desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS ultrapassar a meta de sinistralidade ( $S_m$ ), fixada em 75% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas Diretas da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando por base os meses de Março a Fevereiro do ano subsequente.

11.2.6.3 - Neste caso, para o cálculo do percentual do Reajuste Técnico será aplicada a seguinte fórmula:

$$R_T = (S \div S_m) - 1$$

Onde:

$$S = (CD - C) \div R$$

Sendo:

S = Sinistralidade;

CD = Custo Direto - são as despesas médicas e/ou hospitalares que são compostas dos honorários sobre consultas e outros procedimentos, serviços auxiliares de diagnósticos e terapias (SADT), diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, e demais custos relativos à assistência à saúde dos últimos 12 (doze) meses;

C = Recuperação de coparticipação nos últimos 12 (doze) meses;

R = Receita de Mensalidade nos últimos 12 (doze) meses;

$S_m$  = Meta de Sinistralidade correspondente a 75% (setenta e cinco por cento).

### 11.2.7 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A APLICAÇÃO DOS REAJUSTES AO AGRUPAMENTO

11.2.7.1 - Nenhum contrato receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

11.2.7.2 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários no contrato, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

11.2.7.3 - O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido entre os meses de MAIO de cada ano a ABRIL do ano imediatamente subsequente.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



11.2.7.4 - Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

11.2.7.5 - O percentual de reajuste será único para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

11.2.7.6 - O reajuste a ser aplicado aos contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet, a partir do primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, conforme determinado pela norma em vigor.

11.2.7.7 - O percentual de reajuste aplicado será informado também na fatura de cobrança.

11.2.7.8 - Serão ainda devidamente identificados no Portal Corporativo da operadora os contratos e seus respectivos planos que receberão o reajuste no período de aplicação.

## **CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS**

12.1 - As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias:

- a) 1ª - de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos;
- b) 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- c) 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- d) 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- e) 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- f) 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- h) 8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- j) 10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

12.2 - OCORRENDO ALTERAÇÃO NA IDADE DE QUALQUER DOS BENEFICIÁRIOS QUE IMPORTE EM DESLOCAMENTO PARA A FAIXA ETÁRIA SUPERIOR, A CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA SERÁ AUMENTADA AUTOMATICAMENTE NO MÊS SEGUINTE AO DO ANIVERSÁRIO DO BENEFICIÁRIO.

12.2.1 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.

12.3 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando-se os seguintes critérios:

- a) O valor fixado para a última faixa não é superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não é superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



12.4 - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

**CLÁUSULA XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

**13.1 - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO**

**13.1.1 - DO DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA**

13.1.1.1 - Nos casos de demissão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular que tiver contribuído no pagamento do plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias - artigo 30 da lei nº 9.656/98, observada a Resolução Normativa nº 279/2011, e suas alterações.

13.1.1.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1 (um) terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**13.1.2 - DO APOSENTADO**

13.1.2.1 - É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e tiver contribuído no pagamento do plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias - artigo 31 da Lei 9.656/98, observada a Resolução Normativa nº 279/2011 e suas alterações.

13.1.2.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

**13.1.3 - DO APOSENTADO QUE CONTINUA TRABALHANDO NA MESMA EMPRESA**

13.1.3.1 - Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e, posteriormente, dela venha a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no art. 31 da Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa RN nº 279/11, e suas alterações posteriores.

13.1.3.2 - O direito de manutenção é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito.

**13.1.4 - DAS REGRAS COMUNS AO DEMITIDO/EXONERADO E AO APOSENTADO**

13.1.4.1 - O BENEFICIÁRIO TITULAR QUE NÃO TIVER CONTRIBUÍDO FINANCEIRAMENTE NO PAGAMENTO DO SEU PRÓPRIO PLANO DURANTE O PERÍODO QUE MANTEVE O VÍNCULO EMPREGATÍCIO, MESMO QUE TENHA CONTRIBUÍDO PARA O PAGAMENTO DO SEU GRUPO



**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



FAMILIAR, NÃO TERÁ DIREITO À PERMANÊNCIA NO PLANO CONFORME REGULAMENTAÇÃO VIGENTE.

**13.1.4.2 - NÃO É CONSIDERADA CONTRIBUIÇÃO A COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE EM PROCEDIMENTOS, COMO FATOR DE MODERAÇÃO NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU HOSPITALAR.**

13.1.4.3 - A manutenção do beneficiário observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

13.1.4.4 - O direito de permanência no plano na condição de beneficiário é garantido também ao grupo familiar do demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado inscrito no plano durante a vigência do contrato de trabalho, podendo haver novas inclusões apenas de novo cônjuge e filhos do titular.

13.1.4.5 - Em caso de morte do beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde.

13.1.4.6 - O direito assegurado ao beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**13.1.4.7 - A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, em outro emprego que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.**

13.1.4.8 - No caso de contratação sucessiva de mais de uma operadora de planos de saúde pelo CONTRATANTE, após 1º de janeiro de 1999 ou de planos adaptados à Lei nº 9.656/98, serão considerados os períodos de contribuição do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em cada plano que esteve comprovadamente inscrito.

13.1.4.9 - A contribuição do beneficiário titular no pagamento da contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

### **13.1.5 - DO COMUNICADO FORMAL DO CONTRATANTE**

**13.1.5.1 - A OPÇÃO OU NÃO, PELA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DEVERÁ SER EFETUADA POR ESCRITO PELO EX-EMPREGADO DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS EM RESPOSTA AO COMUNICADO OBRIGATORIAMENTE FORMALIZADO PELO CONTRATANTE NO ATO DA COMUNICAÇÃO DO AVISO PRÉVIO, A SER CUMPRIDO OU INDENIZADO, OU DA COMUNICAÇÃO DA APOSENTADORIA, OU AINDA DA DATA DO DESLIGAMENTO DO EMPREGADO APOSENTADO QUE CONTINUOU TRABALHANDO NA MESMA EMPRESA.**

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



13.1.5.2 - A contagem do prazo de 30 (trinta) dias para resposta ao COMUNICADO formal do CONTRATANTE somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

13.1.5.3 - O CONTRATANTE deverá encaminhar à CONTRATADA, juntamente com a MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO o TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA que comprove a comunicação inequívoca do direito previsto no art. 30 e 31 da Lei 9.656/98, devidamente assinado pelo beneficiário titular.

13.1.5.4 - Em proteção ao direito garantido pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a CONTRATADA somente acatará a solicitação de exclusão de beneficiário titular que estiver acompanhada da MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO firmada pelo CONTRATANTE que contenha as seguintes informações:

- a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;
- c) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- d) Se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter esta condição;
- e) Se o beneficiário não contribuía para o pagamento de plano privado de assistência à saúde.

13.1.5.5 - A CONTRATADA SOMENTE DARÁ ENCAMINHAMENTO À EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) Que estiver acompanhada da MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO firmada pelo CONTRATANTE, comprovando que o empregado não contribuiu para o plano de saúde, não sendo, portanto, elegível ao benefício; ou
- b) Que a demissão se deu por justo motivo, iniciativa do empregado ou por óbito do empregado não aposentado; ou
- c) Mediante manifestação do ex-empregado de que não deseja exercer o seu direito de permanência no plano expresso no TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA; ou
- d) Depois de decorridos 30 (trinta) dias da INEQUÍVOCA COMUNICAÇÃO DO CONTRATANTE sobre o direito de manutenção do plano ao seu empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.

13.1.5.6 - ENQUANTO NÃO FOREM PRESTADAS AS INFORMAÇÕES FORMAIS REQUERIDAS NESTA CLÁUSULA, O BENEFICIÁRIO TITULAR PERMANECERÁ NA CONDIÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATIVO, GERANDO ASSIM MENSALIDADES QUE DEVERÃO SER QUITADAS PELO CONTRATANTE.

### **13.1.6 - DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO**

13.1.6.1 - O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



- a) Pelo decurso do prazo previsto para o exercício do direito de permanência para o demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, conforme disposto na regulamentação vigente;
- b) Pela admissão do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego;
- c) Pela rescisão do plano de assistência à saúde pelo CONTRATANTE que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados;
- d) Pela inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

**13.1.7 - DO OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR**

13.1.7.1 - NO CASO DE RESCISÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELO CONTRATANTE, OS BENEFICIÁRIOS PODERÃO OPTAR, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, POR INGRESSAR EM UM PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR DA CONTRATADA, COM O APROVEITAMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA CUMPRIDOS NO CONTRATO ANTERIOR, MEDIANTE AS SEGUINTE CONDIÇÕES:

- a) A CONTRATADA DISPONHA DE UM PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR;
- b) O BENEFICIÁRIO TITULAR SE RESPONSABILIZE PELO PAGAMENTO DE SUAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS E DE SEUS DEPENDENTES;
- c) O VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA CORRESPONDERÁ AO VALOR DA TABELA VIGENTE NA DATA DE ADESÃO AO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR.

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

13.1.7.3 - Será de responsabilidade do CONTRATANTE informar aos Beneficiários Titulares sobre a rescisão do contrato, para que possam fazer opção pelo plano Individual ou Familiar da CONTRATADA.

**13.1.8 - DA MULTA POR FRAUDE NAS INFORMAÇÕES**

13.1.8.1 - A empresa CONTRATANTE declara estar ciente do seu dever de zelar pelo correto fornecimento das informações de seus beneficiários para a inclusão, atualização e exclusão do plano de assistência à saúde.

13.1.8.2 - A fraude, omissão ou falsidade no fornecimento de informações sujeitará a empresa CONTRATANTE às penalidades legais, sem prejuízo da rescisão contratual após prévia notificação.

13.1.8.3 - Ainda na hipótese de comprovação de falsidade na disponibilização de informações, o CONTRATANTE estará obrigada a ressarcir todos os danos por ventura causados à CONTRATADA.

**CLÁUSULA XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO**

14.1 - São consideradas condições para a PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR deste plano:

- a) Óbito do titular, ressalvadas as condições específicas para o plano de inativos;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



- b) Rescisão do presente contrato;
- c) Solicitação de exclusão do plano, realizada pelo próprio titular ou pelo contratante;
- d) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da lei nº 9.656/98;
- e) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

**14.2 - Os DEPENDENTES PERDERÃO A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS nas seguintes situações:**

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) Por solicitação do beneficiário titular ou do contratante;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

**14.3 - A CONTRATADA poderá EXCLUIR beneficiários ou SUSPENDER A ASSISTÊNCIA à saúde dos mesmos, SEM A ANUÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:**

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/1998;
- c) Solicitação de exclusão pelo beneficiário titular, quando ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação realizada junto à pessoa jurídica CONTRATANTE, devidamente comprovado.

**14.4 - A solicitação de exclusão deverá ser realizada pelo beneficiário titular e terá EFEITO IMEDIATO e CARÁTER IRREVOGÁVEL a partir da data de ciência da CONTRATADA.**

**14.5 - O CONTRATANTE obriga-se a cientificar a CONTRATADA através do Portal Corporativo da Operadora, [www.unimedgoiania.coop.br](http://www.unimedgoiania.coop.br), na área restrita do CONTRATANTE, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data da solicitação de exclusão pelo beneficiário titular.**

**14.6 - Expirado o prazo disposto no item anterior sem que o CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitá-la diretamente à Operadora através dos seguintes meios:**

- a) PRESENCIAL, na sede da Operadora, acompanhado do cartão do plano e documento pessoal de identificação;
- b) Por TELEFONE, pela Central de Atendimento Telefônico, nos telefones: (62)3216-8000 /0800-642-8008;
- c) Via PORTAL CORPORATIVO da Operadora, no endereço [www.unimedgoiania.coop.br](http://www.unimedgoiania.coop.br), na área restrita do beneficiário.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



14.7 - Quando da exclusão de beneficiários e/ou da perda dessa qualidade conforme descrito nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por eventuais prestações pecuniárias e/ou coparticipações/franquias pela utilização de serviços anteriores à exclusão solicitada, quando houver.

14.8 - Será de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, pelos beneficiários excluídos, após a data de solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência.

14.9 - A exclusão de beneficiários realizada por qualquer meio ou condição, poderá importar em:

- a) Cumprimento de novos períodos de carência, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- b) Cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, conforme descrito neste instrumento em cláusula específica desse tema;
- c) Perda do direito à remissão, quando houver.

14.10 - A CONTRATADA, deverá encaminhar, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data que a mesma foi cientificada, o comprovante da efetiva exclusão do beneficiário, por qualquer meio que assegure a sua ciência.

#### **CLÁUSULA XV - CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL**

15.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de SUSPENSÃO OU RESCISÃO IMEDIATA E UNILATERAL nos seguintes casos:

- a) Quando de DOLO OU FRAUDE comprovada;
- b) Total inexistência de beneficiários cadastrados no plano contratado, após 30 (trinta) dias da celebração contratual; e/ou
- c) Redução do número de beneficiários ativos no plano conforme pactuado na Proposta de Adesão.

15.2 - O atraso no pagamento da mensalidade, pelo contratante, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do beneficiário titular e de seus dependentes a qualquer cobertura.

15.3 - Após a vigência mínima obrigatória de 12 (doze) meses, qualquer uma das partes poderá rescindir imotivadamente este contrato, mediante prévia comunicação da parte solicitante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, a contar do dia do recebimento da notificação de cancelamento.

15.4 - O CONTRATANTE poderá ainda rescindir dentro do prazo de vigência inicial estabelecida, desde que esteja em dia com a suas obrigações financeiras advindas deste contrato e acate o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato, tendo como base a média per capita das mensalidades pagas até a data da efetiva rescisão contratual.

Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1



15.5 - A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O 50º (QUINQUAGÉSIMO) DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA CONTRATADA DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

15.6 - A RESCISÃO CONTRATUAL DURANTE A VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO (PRIMEIROS 12 MESES), MOTIVADA POR INADIMPLÊNCIA DO CONTRATANTE, POR DOLO OU FRAUDE, OU AINDA POR REDUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS PACTUADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO, ACARRETERÁ UMA MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL.

15.7 - Nos casos de rescisão previstos nesta cláusula, será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento por:

- a) Contraprestações pecuniárias vencidas, quando houver;
- b) Eventuais coparticipações e/ou franquias de procedimentos realizados anteriormente à rescisão contratual, quando houver;
- c) Despesas decorrentes de serviços realizados anteriormente à rescisão contratual;
- d) Despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, após a data de solicitação de cancelamento/rescisão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

15.8 - A não quitação do(s) débito(s) existente(s) ensejará as medidas de cobranças pela CONTRATADA, sem prejuízo da inscrição do nome do devedor nos cadastros restritivos de crédito (SPC / SERASA) e/ou a adoção das medidas judiciais cabíveis.

#### CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato de plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

**ACIDENTE DE TRABALHO:** é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.

**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.

**ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR:** processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**AGRAVO:** qualquer acréscimo em percentual ou múltiplo no valor da mensalidade paga à operadora do plano de saúde, com o fim de obter direito ao atendimento às doenças ou lesões preexistentes ao contrato.

**AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

**AMBULATÓRIO:** estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

**ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR:** autarquia sob o regime especial, vinculado ao Ministério da Saúde como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, com atuação em todo território nacional.

**ANTICONCEPÇÃO:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

**ÁREA DE ATUAÇÃO:** especificação dos municípios onde haverá garantia da cobertura assistencial, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório.

**ATENDIMENTO CLÍNICO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR:** realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

**ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

**ATENDIMENTO HOSPITALAR:** é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

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

**ATIVIDADES EDUCACIONAIS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

**CARÊNCIA:** o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas contratadas.

**CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** documento que contém os dados do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

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

**COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL:** segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

**COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:** segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT:** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**COBERTURAS:** compreendem o denominado Rol de Procedimentos, a que os beneficiários têm direito ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada no contrato.

**CONCEPÇÃO:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.

**CONDIÇÕES GERAIS:** conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da CONTRATADA quanto do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO de um mesmo plano de assistência à saúde.

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

**CONSULTA:** é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e proposta terapêutica. O beneficiário terá prazo definido pelo médico que o atender, para retornar



**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



sua visita para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento, a contar da data da consulta inicial.

**CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE:** denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. Equivale à mensalidade.

**CONTRATADA:** a UNIMED GOIÂNIA, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora contratado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

**CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde.

**COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**DENÚNCIA:** manifestação unilateral da vontade de extinguir, de não continuar a relação contratual com prazo indeterminado.

**DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, podendo ser reversível com o tratamento.

**DOENÇA CONGÊNITA:** anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

**DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE (DLP):** é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

**DOENÇA:** falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico.

**EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**ENTREVISTA QUALIFICADA:** orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico credenciado indicado pela operadora, antes da contratação do plano para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. A entrevista também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que neste caso arcará com o custo proveniente.

**EVENTO:** é todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidente de qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva. Acontecimento, eventualidade, ocorrência.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**EXAME COMPLEMENTAR:** é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

**FRANQUIA:** é um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada.

**GRUPO FAMILIAR:** compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar, ou seja, titular e seus dependentes.

**HOSPITAL-DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar.

**IMPERATIVO CLÍNICO:** decisão e/ou indicação do corpo clínico e/ou médico assistente.

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** dá-se quando o beneficiário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

**JUNTA MÉDICA:** junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade.

**MECANISMO DE REGULAÇÃO:** meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde.

**MEDICAMENTO ADJUVANTE:** medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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

**MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas contratadas. Equivale à contraprestação pecuniária.

**ÓRTESE:** qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

**PARTO A TERMO:** é aquele que ocorre entre a 37ª (trigésima sétima) e 42ª (quadragésima segunda) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extrauterina.

**PATOLOGIA:** estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

**PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE:** período compreendido entre os meses de Maio a Abril em que é aplicado o percentual de reajuste calculado aos contratos da carteira de agrupamento de contratos, sendo esse período posterior ao de cálculo do percentual de reajuste.

**PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



que serão agregados ao agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente.

**PERÍODO DE CÁLCULO DO PERCENTUAL DE REAJUSTE:** período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste no Portal Corporativo.

**PLANEJAMENTO FAMILIAR:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

**PLANO:** conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o CONTRATANTE.

**PÓS-PARTO IMEDIATO:** período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

**PRÉ-PAGAMENTO:** pagamento realizado antes da utilização dos serviços contratados através de contraprestações pecuniárias preestabelecidas.

**PRESTADORES DE ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA:** São aqueles que possuem sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando às tabelas praticadas pela Unimed Goiânia, podendo ser, ou não, credenciados ao Sistema Unimed.

**PRIMEIROS SOCORROS:** primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/ou emergência.

**PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE:** são os relacionados no Anexo I da Resolução ANS/RDC nº 68 de 07/maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, quando referentes às Doenças e Lesões Preexistentes, que constarem em cláusula específica e terem sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

**PROCEDIMENTO:** para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do beneficiário, quando da ocorrência de evento mórbido.

**PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pelo CONTRATANTE, firmando estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

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

**QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL:** entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**REAJUSTE ECONÔMICO:** é o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em contrato.

**REAJUSTE TÉCNICO:** é a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

**REDE CREDENCIADA:** conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, para a prestação assistencial aos beneficiários, dentro da área de atuação do plano contratado.

**RESCISÃO:** supressão da relação contratual por uma das partes, devido ao descumprimento de uma obrigação contratual.

**RESILIÇÃO:** dissolução de contrato, por qualquer das partes ou por acordo de ambas as partes.

**RESOLUÇÃO:** dissolução do contrato, por condenação judicial, motivada pelo descumprimento de uma das partes de qualquer uma de suas cláusulas vigentes.

**ROL DE PROCEDIMENTOS:** O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS refere-se à lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde e deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado, o qual é composto por seus Anexos, dentre eles as Diretrizes de Utilização. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos. O referido Rol poderá ser acessado por meio do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no seguinte endereço: <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

**SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, além da rede própria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

**SINISTRALIDADE:** resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

**SISTEMA NACIONAL UNIMED:** o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE e ao Beneficiário Titular, vinculadas através de contrato particular, para a prestação dos serviços aos beneficiários, quando fora da área de atuação de sua Unimed de origem, observado o disposto neste instrumento para o Atendimento Eletivo e/ou de Urgência e Emergência.

**UNIMED:** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde**  
**Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO**  
**Apartamento - 479.602/17-1**



**VIGÊNCIA INICIAL:** é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo de vigência contratual.

**VIGÊNCIA MÍNIMA:** é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo e obrigatório de vigência contratual.

**VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO:** é o período posterior ao da vigência inicial.

16.2 - Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) beneficiário(as).

16.3 - Aos beneficiários inscritos neste contrato fica resguardado o sigilo médico referente à assistência prestada aos mesmos, conforme legislação em vigor.

16.4 - Toda e qualquer tolerância quanto ao descumprimento por qualquer das partes ora contratantes das condições estabelecidas na presente contratação, não significará novação ou alteração das disposições pactuadas, mas tão somente mera liberalidade da parte que não exigir da outra o cumprimento de sua obrigação.

16.5 - O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais para esse efeito, após prévia comunicação e aprovação da ANS.

16.6 - As mensalidades e os valores de serviços estabelecidos no contrato terão como base as tabelas abaixo relacionadas:

- a) HONORÁRIOS MÉDICOS - Tabela de Preços de Serviços UNIMED GOIÂNIA;
- b) SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA - Lista Referencial de Honorários dos Procedimentos Anestésicos - COOPANEST/GO, definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;
- c) SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE RADIOLOGIA E IMAGEM - Tabela de Preços de Serviços UNIMED GOIÂNIA;
- d) TAXAS E DIÁRIAS HOSPITALARES - Tabela da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) e/ou AHPACEG (Associação dos Hospitais de Alto Custo no Estado de Goiás) definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;
- e) MATERIAIS E MEDICAMENTOS - Tabela de Preços UNIMED GOIÂNIA;
- f) PACOTES - Conforme composição de itens e valores estabelecidos pela UNIMED GOIÂNIA.

16.7 - As tabelas acima mencionadas, nas demais cláusulas e itens serão referidas pela denominação: TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DA UNIMED GOIÂNIA.

16.8 - Fazem parte do presente instrumento todos e quaisquer documentos entregues aos beneficiários na ocasião de sua assinatura e que sejam pertinentes ao plano de saúde adquirido, tais como:

- a) Guia Médico;
- b) Proposta de Adesão;
- c) Guia de Leitura Contratual - GLC;
- d) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- e) Manual de Orientação para Contratação - Guia Rápido, quando for o caso;

**Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde  
Plano Coletivo Empresarial - UNIEMPRESA CP 30 APTO  
Apartamento - 479.602/17-1**



- f) Declaração de Saúde, quando for o caso;
- g) Tabela de preços, quando for o caso.

16.9 - O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras **UNIMED'S** e/ou empresas integrantes do **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, com o que a **CONTRATADA** manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

**CLÁUSULA XVII - ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 - Fica definido como foro o município de domicílio do **CONTRATANTE**, dispensando a **CONTRATADA** qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



## SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS





## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS



### 1 - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL

1.1 - DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A CONTRATADA GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, CONCEITUADOS E DEFINIDOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, EM ÂMBITO NACIONAL, DESDE QUE UTILIZADOS OS SERVIÇOS DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA A ALGUMA COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED.

1.2 - EXCLUEM-SE DA GARANTIA DE ATENDIMENTO REFERIDO NESTA CLÁUSULA, OS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E DE TABELA PRÓPRIA, AINDA QUE OS MESMOS SEJAM CREDENCIADOS ÀS COOPERATIVAS QUE INTEGRAM O SISTEMA NACIONAL UNIMED.

1.3 - Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

I - atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

II - atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;

III - atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

1.4 - A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM ACIMA - PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO - E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO CONTRATANTE, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À OPERADORA.

1.5 - Uma vez cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.



## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



## SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



### 1 - UTI MÓVEL TERRESTRE

#### 1.1 - DAS DEFINIÇÕES

1.1.1 - UTI MÓVEL TERRESTRE é um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em casos de urgências e emergências, com ou sem Remoção Terrestre.

1.1.2 - Para os efeitos do serviço contratado são adotadas, ainda, as seguintes definições:

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL:** atendimento médico de urgências e emergências no local onde se der o evento e, se necessário for, a remoção via terrestre até o estabelecimento hospitalar credenciado pela Unimed Goiânia.

**BUSCA:** ato de buscar pessoas, acidentadas ou não, em local incerto, tendo como referência apenas a região nas mais diversas situações.

**EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**REMOÇÃO:** ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

**SOS FONE:** serviço de orientação médica 24 horas por meio de ligação gratuita.

**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

#### 1.2 - DA COBERTURA

1.2.1 - O ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL em casos de urgências ou emergências, com ou sem REMOÇÃO, cobrirá os seguintes quadros clínicos:

a) **Alergologia:**

- reações alérgicas agudas com manifestação respiratória;
- choque anafilático e síndromes similares;

b) **Cardiologia:**

- infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas;
- aneurisma dissecante da aorta;
- obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave;
- arritmias cardíacas agudas;
- choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

c) **Gastroenterologia:**

- hemorragias digestivas (alta e baixa);
- quadros abdominais agudos: inflamatórios, hemorrágicos, perforativos, vasculares e obstrutivos).

d) **Neurologia:**

- acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda);
- traumatismo cranioencefálico (fase aguda);
- traumatismo raquimedular (fase aguda);
- aneurisma intracraniano roto;
- crises convulsivas de qualquer etiologia;



## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS

- hipertensão intracraniana.
- e) **Pneumologia:**
  - pneumotórax espontâneo;
  - derrames pleurais com comprometimento ventilatório;
  - estado de mal asmático;
  - insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia.
- f) **Nefrologia:**
  - insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise;
- g) **Ginecologia e Obstetrícia:**
  - prenhez tubária rota;
  - grandes hemorragias puerperais;
  - ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário;
  - qualquer situação do ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto.
- h) **Traumatologia:**
  - politraumatizado;
  - traumas de face com distúrbios de ventilação;
  - traumas de face com lesão no globo ocular;
  - traumatismo torácico contusos e/ou penetrantes;
  - traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata;
  - trauma abdominal contuso e/ou penetrante;
  - trauma extenso de partes moles;
  - amputação traumática (após avaliação da Central);
  - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%;
  - queimaduras de vias aéreas, dos órgãos genitais e da face;
  - acometimento sistêmico por corrente elétrica;
  - afogamento;
  - intoxicações exógenas graves;
  - picadas de animais peçonhentos, com risco de vida.
- i) **Outros:**
  - cetoacidose diabética;
  - crise tireotóxica;
  - hipoglicemia severa;
  - crise psicótica aguda;
  - desidratação aguda de qualquer etiologia;
  - qualquer outra situação de urgência/ emergência que envolva risco para o paciente.

1.2.2 - Inclui-se nesta cobertura a Orientação Médica 24 (vinte e quatro) horas pelo SOS Fone: 0800-725-5555, através do qual o beneficiário poderá esclarecer as mais diversas dúvidas médicas com um profissional capacitado para tal.

### 1.3 - DO ATENDIMENTO

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.3.1 - O atendimento deverá ser solicitado através da Central de Emergências **SOS UNIMED pelo telefone 0800-725-5555**, que permanecerá em funcionamento durante 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas.

1.3.2 - A UTI MÓVEL TERRESTRE atenderá o beneficiário e fará sua remoção, se necessário, para uma UNIDADE HOSPITALAR da rede credenciada pela Unimed Goiânia para a continuidade do atendimento, observando-se as coberturas contratadas no plano de assistência médica.

1.3.3 - A remoção será feita em Ambulância UTI - Móvel com a presença de Médico Emergencialista, Socorrista e Técnico de Enfermagem devidamente habilitados para o atendimento e a remoção.

1.3.4 - Todas as chamadas telefônicas para solicitação de orientações aos beneficiários e de atendimento médico, serão feitas à Central de Emergências SOS UNIMED, cabendo ao médico regulador decidir pela liberação imediata de equipe médica para atendimento e/ou orientações telefônicas aos beneficiários, isto é, informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo paciente para obtenção da assistência médica mais adequada, e no menor espaço de tempo possível.

1.3.5 - Todas as conversações envolvendo a Central de Emergências **SOS UNIMED** serão gravadas de acordo com regulamentação do Conselho Federal de Medicina - CFM.

### 1.4 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

1.4.1 - OS BENEFICIÁRIOS TERÃO ACESSO AO SERVIÇO ORA CONTRATADO APÓS O CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA SUA INCLUSÃO, OBSERVADO O PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA CELEBRADO COM A CONTRATADA.

### 1.5 - DA IMPOSSIBILIDADE DO ATENDIMENTO

1.5.1 - Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência/emergência ou pela dificuldade de se chegar ao local por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereçam risco aos profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE, entre outras, for manifestada a impossibilidade de atendimento ao beneficiário em prazo adequado, deverá o médico regulador, quando acionada a Central de Emergências SOS UNIMED, orientar o solicitante a procurar o local mais próximo de pronto atendimento médico, até que os profissionais da UTI MÓVEL TERRESTRE tenham tempo de se dirigir ao local onde foi encaminhado o beneficiário contratante.

### 1.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

1.6.1 - A ABRANGÊNCIA DA COBERTURA DA UTI MÓVEL TERRESTRE COMPREENDE O PERÍMETRO URBANO DAS CIDADES DE GOIÂNIA-GO, APARECIDA DE GOIÂNIA-GO E TRINDADE-GO.

1.6.2 - Para o serviço de Orientação Médica através do SOS Fone não há limitação de abrangência territorial.

### 1.7 - DA RESPONSABILIDADE

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



1.7.1 - Em todos os casos, a responsabilidade ou obrigação da UTI MÓVEL TERRESTRE cessará, total e automaticamente, qualquer que seja sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o paciente ou no momento em que chegar ao local indicado para seu tratamento hospitalar, passando a ficar aos cuidados do médico que o venha a atender.

1.7.2 - A CONTRATADA somente se responsabilizará pela continuidade do tratamento do paciente removido pela UTI MÓVEL TERRESTRE, no que se refere a procedimentos previstos em seu contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado com o CONTRATANTE.

### 1.8 - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

1.8.1 - NÃO ESTÃO INCLUSOS NA COBERTURA DO SERVIÇO DE UTI MÓVEL TERRESTRE, OS SEGUINTE CASOS:

- a) BUSCA;
- b) DOENÇAS, LESÕES E QUAISQUER EFEITOS MÓRBIDOS DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS OU DE RISCO CONSCIENTE PROVOCADOS PELO BENEFICIÁRIO CADASTRADO POR INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, USO DE DROGAS, DE ENTORPECENTES OU PSICOTRÓPICOS, ATENTADO CONTRA A VIDA, CIRURGIAS NÃO ÉTICAS E/OU SUAS CONSEQUÊNCIAS, TAIS COMO, ABORTAMENTO PROVOCADO, ESTERILIZAÇÃO, MUDANÇA DE SEXO;
- c) ATENDIMENTO EM CASOS DE CONFLITOS CALAMIDADE PÚBLICA, COMOÇÕES INTERNAS, GUERRAS, REVOLUÇÕES, EPIDEMIAS, ENVENENAMENTO COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO, INCLUSIVE, DECORRENTES DE RADIAÇÃO E/OU EMANAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES, SALVO ACIDENTES LOCALIZADOS E ISOLADO;
- d) PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL, TAIS COMO FISIOTERAPIA, HEMODIÁLISE, EXAMES SUBSIDIÁRIOS E CONSULTAS;
- e) ATENDIMENTO PARA CONSULTA AMBULATORIAL E CONTROLE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL;
- f) PACIENTES CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONTINUADO, SEM AGUDIZAÇÃO DO PROCESSO;
- g) DISTÚRBIOS NEURO-VEGETATIVOS;
- h) TRABALHO DE PARTO SALVO SITUAÇÃO DE RISCO PARA A MÃE E/OU BEBÊ;
- i) TRANSPORTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES;
- j) QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS NÃO PREVISTOS NA COBERTURA CONTRATADA.

## 2 - UTI MÓVEL AÉREA

### 2.1 - DO SERVIÇO

2.1.1 - Com a contratação do presente serviço o beneficiário paciente e/ou seu responsável, **AUTORIZA** desde já a CONTRATADA a executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, inclusive cirúrgica, tratamentos e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico.



## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



2.1.2 - 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. Os beneficiários pacientes submetidos voluntariamente a tais atos não terão cobertura de transporte aéreo, pelo presente contrato.

2.1.3 - Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do beneficiário paciente, deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a tripulação, o médico e a enfermagem de bordo, deslocar o beneficiário paciente ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro e à segurança do voo.

### 2.2 - DO ATENDIMENTO

2.2.1 - Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente à Central de Atendimento, através do telefone fornecido ao CONTRATANTE pela CONTRATADA, EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO QUE ESTIVER ATENDENDO O BENEFICIÁRIO.

2.2.2 - Caberá à empresa contratada pela Unimed Goiânia para prestar o serviço de transporte aéreo, a definição pelo tipo de transporte que encaminhará para atendimento, considerando as suas disponibilidades, as condições de aeronavegabilidade e da infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas e a remoção simples, que terá acompanhamento médico, até o local mais apropriado ou indicado, observando os direitos e obrigações contratuais.

2.2.3 - O transporte pela UTI MÓVEL AÉREA será realizado somente quando a distância entre os dois locais for superior a 400km (quatrocentos quilômetros) e EXCLUSIVAMENTE na hipótese: inter-hospitalares - de um hospital de menos recurso para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, após indicação médica.

### 2.3 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

2.3.1 - Os beneficiários terão acesso ao serviço ora contratado após o cumprimento do prazo de carência de 60 (sessenta) dias a contar da sua inclusão, observando o período de movimentação cadastral do contrato de assistência médica celebrado com a CONTRATADA.

### 2.4 - DA COBERTURA

2.4.1 - Para atendimento aos serviços ora contratados, é necessário que o paciente apresente pelo menos um dos seguintes quadros clínicos:

I - traumatismo ocular grave, com possibilidade de perda da visão;

II - traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;

III - embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;

IV - choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI com mais recursos;

V - cirurgia cardíaca;

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



- VI - pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- VII - queimaduras - (elétricas, térmicas e químicas) - com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
- VIII - angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;
- IX - aneurisma dissecante de aorta, que necessite de UTI;
- X - hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
- XI - insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XII - pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XIII - trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XIV - asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XV - insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XVI - insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XVII - hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XVIII - estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XIX - assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- XX - politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando no local não haja condições para tal procedimento;
- XXI - fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXII - fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXIII - traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXIV - intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXV - afogamento, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
- XXVI - amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



XXVII - infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;

XXVIII - picada de animais peçonhentos, com risco de vida, e que necessite de UTI.

### 2.5 - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

#### 2.5.1 - NÃO ESTÃO INCLUSOS NA COBERTURA DO SERVIÇO DE UTI MÓVEL AÉREA, OS SEGUINTE CASOS:

- a) COMA IRREVERSÍVEL QUANDO DECLARADO PELO MÉDICO ASSISTENTE;
- b) QUADRO SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS (FASE TERMINAL);
- c) PACIENTES SUBMETIDOS A ATOS MÉDICOS EXPERIMENTAIS EM DESACORDO COM O CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA;
- d) QUAISQUER OUTROS SERVIÇOS NÃO PREVISTOS NA COBERTURA CONTRATADA.

2.5.2 - As aeronaves disponibilizadas para o CONTRATANTE não terão peça para próteses, porém estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

### 2.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

2.6.1 - O serviço ora contratado será prestado em todo território brasileiro.

2.6.2 - O TRANSPORTE AÉREO SERÁ ASSEGURADO SOMENTE QUANDO A LOCALIDADE DE ORIGEM DO PACIENTE ULTRAPASSAR 400 KM (QUATROCENTOS QUILOMETROS) DO HOSPITAL DE DESTINO.

2.6.3 - Nas demais localidades, o transporte aéreo será de inteira responsabilidade do beneficiário paciente e/ou seu(s) responsável(eis) legal(ais), não cabendo qualquer responsabilidade à CONTRATADA.

### 2.7 - DA RESPONSABILIDADE

2.7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará civil ou criminalmente por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por beneficiários transportados pela empresa prestadora de serviços contratada, que mantém seguro para cobertura destes sinistros.

2.7.2 - A CONTRATADA somente se responsabilizará pela continuidade do tratamento do paciente removido e transportado pela UTI MÓVEL AÉREA, no que se refere a procedimentos previstos em seu contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado com o CONTRATANTE.

## 3 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DA UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

3.1 - OS PREÇOS PREVISTOS NESTE CONTRATO SERÃO REAJUSTADOS ANUALMENTE CONSIDERANDO O ÍNDICE DE REAJUSTE APLICADO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

3.1.1 - Se, por qualquer motivo, a contratada não puder praticar o reajustamento nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pelo índice IPCA/SAÚDE - PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda do período.

## Condições Gerais - SERVIÇOS E COBERTURAS OPCIONAIS



3.2 - A CONTRATADA emitirá documento hábil para o pagamento das mensalidades dos serviços ora contratados através de fatura própria.

3.2.1 - As mensalidades devem ser quitadas até a data do seu vencimento, conforme definido quando da contratação, na rede bancária estabelecida.

3.2.2 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED GOIÂNIA para que não se sujeite as consequências da mora.

3.3 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço junto à CONTRATADA, para fins e efeitos deste contrato.

3.4 - OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS FATURAS, O CONTRATANTE PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA NA RAZÃO DE 0,033% (ZERO VÍRGULA ZERO TRINTA E TRÊS POR CENTO) CALCULADOS DIARIAMENTE, MAIS MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

3.5 - A VIGÊNCIA INICIAL OBRIGATÓRIA DO PRESENTE CONTRATO É DE 12 (DOZE) MESES, PRORROGANDO-SE POR PRAZO INDETERMINADO.

3.5.1 - A VIGÊNCIA DESTES CONTRATO SERÁ CONTADA A PARTIR DA DATA DE SUA ASSINATURA.

3.6 - CABE À CONTRATADA O DIREITO DE RESCISÃO CONTRATUAL IMEDIATA E UNILATERAL QUANDO OCORRER DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR.

3.7 - APÓS A VIGÊNCIA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DE 12 (DOZE) MESES, QUALQUER UMA DAS PARTES PODERÁ RESCINDIR ESTE CONTRATO IMOTIVADAMENTE, MEDIANTE PRÉVIA COMUNICAÇÃO DA PARTE SOLICITANTE COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

3.8 - EM VIRTUDE DO CÁLCULO ATUARIAL ELABORADO PARA ESSE TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, NOS CASOS DE RESCISÃO CONTRATUAL ABAIXO ELENCADOS, SERÁ EXIGIDO PELA CONTRATADA O PAGAMENTO DA MULTA RESCISÓRIA CORRESPONDENTE AO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DA VIGÊNCIA INICIAL DE 12 (DOZE) MESES DA ASSINATURA DO CONTRATO, TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPITA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL, PARA OS SEGUINTE CASOS DE RESCISÃO:

- a) MOTIVADA PELA OCORRÊNCIA DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA POR PARTE DO CONTRATANTE E/OU GRUPO FAMILIAR DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO;
- b) A PEDIDO DO CONTRATANTE, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL ESTABELECIDO NO CONTRATO;
- c) PELA INADIMPLÊNCIA DO CONTRATANTE POR PRAZO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NO DECORRER DOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, CONTADOS A PARTIR DE SUA ASSINATURA.

3.8.1 - NOS CASOS QUE SE REFERE O ITEM ANTERIOR, SERÁ ASSEGURADO ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS ATÉ O ÚLTIMO DIA CORRESPONDENTE À ÚLTIMA MENSALIDADE PAGA.