



PLANO UNIMED RECIFE

DIAMANTE NACIONAL 3

AMBULATORIAL – HOSPITALAR - OBSTÉTRICO

COLETIVO EMPRESARIAL

Reg. MS/ANS:

Enfermaria – n.º434.454/01-5/ Apartamento n.º434.455/01-3

Recife – 2007



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

CONTRATANTES

I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares que entre si celebram de um lado a **Unimed Recife – Cooperativa de Trabalho Médico**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J sob o número 11.214.624/0001-28, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 34488-5, classificada como operadora de plano de saúde, com sede e foro à rua Lins Petit n.º 140, Ilha do Leite, CEP 50.070-230, doravante denominada **OPERADORA** e, de outro lado,

II – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome da empresa - Sindicato do Médicos de Pernambuco
Nome do(s) representante(s) legal(is): Mário Fernando da Silva Lins.
inscrita no CNPJ 11.010.238/0001-14 (MF) sob n.º
com sede à (rua/Av. travessa, etc) Av. João de Barros nº 587
na cidade:, Estado de Pernambuco, Bairro : Boa Vista , CEP : 50.100-020
doravante denominada Contratante.

OBJETO

Objeto da Contratação:

Objeto da Contratação:

Plano Coletivo de Saúde, por Adesão, com coberturas médicas, e colocação de serviços auxiliares de ambulatório, hospital e exames complementares de diagnóstico, com ou sem internamento em quarto coletivo/enfermaria ou quarto privativo, conforme módulo opcional em anexo, indicado nas planilhas de inclusão, observado o seguinte:-

- 1) - O presente contrato é feito apenas em relação aos empregados associados do Contratante, que estejam permanentemente lotados em Recife ou qualquer outra cidade do Estado de Pernambuco;**
- 2) -Não será permitida a admissão de usuários de quaisquer outras localidades, exceto através de termos aditivos contratuais expressos, aceitos por ambas as partes.**
- 3) -Os casos de urgência, emergência e eletivo assim definidos pelo contrato, darão atendimento fora do estado de Pernambuco e nos estreitos e conhecidos limites postos no contrato.**
- 4) - O contratante afirma, de forma expressa, ter tomado conhecimento de todos os limites e coberturas contratuais, comprometendo-se a repassar tais informações a seus empregados, sob pena de responsabilidade civil sobre os danos que tal negligência cause.**

PREÇOS

Faixa etaria	Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia
0-18	R\$ 125,05
19-23	R\$ 146,01
24-28	R\$ 186,80
29-33	R\$ 206,63
34-38	R\$ 239,09
39-43	R\$ 271,54
44-48	R\$ 342,73
49-53	R\$ 478,51
54-58	R\$ 614,29
>59	R\$ 750,06



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

SUMÁRIO

<i>Recife – 2007.....</i>	<i>1</i>
<i>CONTRATANTES.....</i>	<i>2</i>
<i>OBJETO.....</i>	<i>3</i>
<i>PREÇOS.....</i>	<i>4</i>
<i>R\$ 125,05</i>	<i>4</i>
<i>SUMÁRIO.....</i>	<i>5</i>
<i>TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA.....</i>	<i>7</i>
<i>TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES.....</i>	<i>7</i>
<i>TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO.....</i>	<i>10</i>
<i>CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL.....</i>	<i>10</i>
<i>SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 BENEFICIÁRIOS.....</i>	<i>10</i>
<i>SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 BENEFICIÁRIOS OU MAIS.....</i>	<i>10</i>
<i>TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....</i>	<i>10</i>
<i>CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....</i>	<i>11</i>
<i>CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO.....</i>	<i>11</i>
<i>CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.....</i>	<i>11</i>
<i>CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO.....</i>	<i>11</i>
<i>TÍTULO V - DOS USUÁRIOS.....</i>	<i>12</i>
<i>CAPÍTULO I - DO TITULAR.....</i>	<i>12</i>
<i>CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES.....</i>	<i>12</i>
<i>CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS.....</i>	<i>12</i>
<i>CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....</i>	<i>12</i>
<i>TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO.....</i>	<i>13</i>
<i>TÍTULO VII - DO PLANO.....</i>	<i>14</i>
<i>CAPÍTULO I – DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL.....</i>	<i>14</i>
<i>CAPÍTULO II - DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA.....</i>	<i>15</i>
<i>SEÇÃO I - DA COBERTURA.....</i>	<i>15</i>
<i>SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES PARA INTERNAÇÃO</i>	<i>17</i>
<i>SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS.....</i>	<i>17</i>
<i>CAPÍTULO III - DAS EXCLUSÕES CONTRATUAIS.....</i>	<i>17</i>



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS.....	19
TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO.....	19
TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES.....	19
TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.....	20
CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE.....	20
SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA.....	20
SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO.....	20
CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES.....	21
SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO.....	21
SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS.....	22
TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO.....	22
TÍTULO XIII- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	23
ASSINATURAS.....	24
MÓDULO OPCIONAL - PJ.....	26
INTERNAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO.....	26



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos,
e Colocação de Exames de Diagnóstico e Terapia, e Serviços Hospitalares**

Registro Provisório de Produto na ANS sob n.º _____

CONTRATO Nº _____

***TÍTULO I – DO OBJETO E DA
VIGÊNCIA***

Art. 1º. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médica através dos médicos cooperados e colocação de assistência hospitalar, de diagnóstico e terapia, necessária ao trabalho dos associados da cooperativa, conforme rol de procedimentos previstos no Inciso I, do art. 1º da lei 9656/98 e em resoluções da ANS para os planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia divulgado pela ANS, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

§ 1º A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 2º. É parte integrante deste contrato a Proposta de n.º 053/2007

Parágrafo único. Declara o contratante que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe facultava coberturas iguais a este contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 horas de carência, conforme Resolução n.º 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.

Art. 3º. As eventuais negociações feitas entre as

partes, ainda que de forma expressa, são, após a assinatura deste contrato, tornadas sem efeito, considerando-se que o presente contrato substitui integralmente quaisquer outras avenças entre as partes.

Art. 4º. Este contrato passará a vigor após assinatura e terá a sua duração mínima prevista no contrato, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado.

Parágrafo único – Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças pré-existentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo da contratação.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

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

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

II - CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano Unimed DIAMANTE NACIONAL 3 ora conveniado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada unicamente para este plano Unimed DIAMANTE NACIONAL 3.

*Contrato Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia
Plano DIAMANTE NACIONAL 3
Coletivo empresarial
Página 7*

III - USUÁRIO: é a pessoa física, formalmente vinculada ao Contrato, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados, conforme definido no Título V.

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

Art. 6º. Também são assim definidos:

I - ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

II - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.

III - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

IV - BENEFICIÁRIO: é aquele que é favorecido por uma cobertura denominada de benefício

V - BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.

VI - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

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

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

plano de saúde.

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

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

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

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

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

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

XV - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

XVI - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

XVII - CONTRATO INDIVIDUAL: é aquele oferecido para livre adesão de usuários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

XVIII - CONTRATO FAMILIAR: é aquele em que é facultado ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

XIX - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado ou companheiro.

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

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

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

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

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

XXV - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário. São considerados

EXAMES BÁSICOS de diagnóstico e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados

EXAMES ESPECIAIS de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultrasonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista;

17) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exames e testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico . **São também considerados procedimentos especiais a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.**

XXVI - GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

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

XXVIII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um usuário no plano, após as formalidades legais de contratação.

XXIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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

XXXI - MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.

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

XXXIII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXIV - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

XXXV – PLANO BÁSICO: Plano de coberturas com internação em quarto coletivo ou enfermaria.

XXXVI – PLANO ESPECIAL: Plano de coberturas com internação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante de acordo com a disponibilidade do hospital.

XXXVII - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

XXXVIII - PRODUTOS: são modalidades de



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

planos oferecidos pela Contratada.

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

XL - RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar constantes do Plano DIAMANTE NACIONAL 3, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.

XLI - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).

XLII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários.

XLIII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

XLIV - UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

XLV - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

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

Art. 7º. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários (as),

aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

Art. 8º. O regime de contratação do plano é plano de saúde com coberturas para internação, ambulatório, exames e consultas, coletivo empresarial em apartamento privativo ou enfermaria, da forma detalhada neste contrato.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 9. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa total de usuários de associados mencionados no objeto do presente contrato.

SEÇÃO I - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 BENEFICIÁRIOS

Art. 10. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), **poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

SEÇÃO II - DOS PLANOS COM 50 BENEFICIÁRIOS OU MAIS

Art. 11. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.**

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12. Os serviços médicos ora contratados somente serão prestados pelos médicos cooperados que são contratados através de sua cooperativa, e de rede própria básica ou por ela contratada, em relação a colocação de serviços hospitalares ou diagnóstico, unicamente para o **PLANO DIAMANTE NACIONAL 3**, bem como pelas cooperativas médicas – Unimed em todo território nacional cuja relação será entregue ao CONTRATANTE, de acordo com os recursos de que disponham no local, e que farão parte integrante deste contrato. **Trata-se portanto de um Contrato de âmbito nacional, com atendimento nacional para os casos de urgência, emergência e eletivo.**

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 13. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos e aceitos expressamente pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 14. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

Art. 15. A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

- a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, **dentre os cooperados das cooperativas médicas – Unimed em todo o território nacional, cuja relação será entregue ao CONTRATANTE.**
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: **serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados e constantes do**

PLANO DIAMANTE NACIONAL 3

c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente.

Art. 16. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE os **GUIAS DE COOPERADO E DE SERVIÇOS DE SAÚDE**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas específicos para este plano (**PLANO DIAMANTE NACIONAL 3**), bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas médicas - Unimed em todo o território nacional, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 17. **A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.**

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 18. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência.**

Art. 19 O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, praticada pela CONTRATADA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e

medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital; d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 20. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

Art. 21. **O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.**

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 22. Para efeito deste contrato, apenas serão considerados como beneficiário titular aquele associado da CONTRATANTE que seja servidor ativo/inativo e pensionista do Tribunal Regional Eleitoral de Pernambuco.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 23. São usuários dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular:

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

Parágrafo único – Os filhos que ultrapassarem a idade limite para serem considerados dependentes automaticamente

serão excluídos da relação de dependência, podendo ficar sob o abrigo do contrato, desde que passem, no prazo de até 30(trinta) dias da data que completarem 24 anos, para a condição de agregado.

CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS

Art. 24. Não serão admitidos neste contrato nenhum dependente agregado, ficando a inclusão no plano restrita aos casos expressos neste Título, com exceção daqueles que já estejam nessa condição no contrato anteriormente firmado com o TRE-PE sob o n.º36/2006.

CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 25. A CONTRATANTE é obrigado a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o prazo de 25 (vinte e cinco) dias do faturamento de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

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

Art. 26. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 27. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **usuário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto a inscrição**

ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, **desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção;**

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

IV - dos novos associados especificados no objeto do contrato, com os mesmos eventuais prazos de carência estabelecidos na Proposta para os beneficiários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até 30 (trinta) dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo II do Título XIII - **os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta inicial.**

Art. 28. **O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato,** salvo se cumpridos os preceitos do Cap. II deste Título.

§ 1º - **A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como dos agregados, se houver.**

§ 2º - **O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar o contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como usuário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.**

Art. 29. **Não poderá ser inscrito nas**

coberturas deste contrato o associado da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica, com exceção daqueles beneficiários já inscritos no contrato firmado com o TRE-PE sob o nº36/2006.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 30. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, na forma da lei, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

Art. 31. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

§1º. **Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.**

§2º. **O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a**

exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, através do devido processo legal ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, uma vez que é sua responsabilidade zelar pelo cartão.

§ 3º Não se considera o Contratante, responsável por qualquer uso do cartão, se, anteriormente ao mencionado uso, o cartão tiver sido comprovadamente devolvido a operadora ou notificado o seu extravio de forma comprovada.

Art. 32. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 33. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados elencados no guia médico do Plano DIAMANTE NACIONAL 3, nos termos da Proposta.

Art. 34. A cobertura básica está discriminada neste Título nos capítulos I e II, que, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetrícia, cujo somatório representa o plano contratado.

35. O presente plano está registrado com a segmentação de cobertura na segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação hospitalar Coletiva ou em apartamento, conforme contrato e módulo em anexo.

CAPÍTULO I – DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art. 36.. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados em Rol de Procedimentos adotados pela ANS, observada a seguinte abrangência:

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada.

IV – garantir, dentro do território nacional, a remoção terrestre do usuário internado, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, o mais próximo do local do primeiro atendimento, em caso de impossibilidade técnica de atendimento pleno. A remoção deverá ter solicitação fundamentada do médico assistente, devendo limitar-se à questões médicas;

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

VI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) quimioterapia ambulatorial; c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.); d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo único – Considerando a diferenciação de preços deste plano, o atendimento médico, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, fica restrito aos médicos, serviços ambulatoriais, laboratórios, e hospitais, que constem da relação entregue ao beneficiário, ficando o reembolso em caso de atendimentos de urgências e emergências que não possam ser feitos por estes profissionais, limitado a valores correspondentes aos que seriam devidos da forma deste contrato.

Art. 37. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, e esta esteja em cumprimento de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus algum à CONTRATADA.

CAPÍTULO II - DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 38. **Durante a internação** clínica, inclusive a obstétrica, psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, **desde que justificada pelo médico assistente cooperado em apartamento privativo ou enfermaria.**

II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, **exceto os não cobertos por este contrato;**

III - assistência médica através de médicos cooperados;

IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;

V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

VI - serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**

VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;

IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, **limitada aos recursos do estabelecimento;**

X - acomodação e alimentação fornecidas pelo

hospital a acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar;**

XI - despesas com remoção inter-hospitalar do beneficiário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;

XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, sendo que, a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.**

XIII – Acidente do trabalho.

Art. 39. Estão incluídos na cobertura, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
b) quimioterapia; c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
d) hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; e) embolizações e radiologia intervencionista; f) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; g) remoções em urgências ou emergências; e h) fisioterapia.

Art. 40. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 41. A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões decorrentes de expressa indicação médica, em função de necessidade ocorrida na vigência deste contrato para o respectivo beneficiário, e que estejam causando problemas funcionais.

Parágrafo único. Os casos de atendimento decorrente de patologias adquiridas ou eventos ocorridos anteriormente à assinatura do contrato, o atendimento será dado, mas, somente após o cumprimento do prazo de 24

(vinte e quatro) meses devidos com cobertura parcial temporária, prevista neste contrato, ficando suspensos, neste período, os atendimentos reconhecidos pela ANS como procedimentos de alta complexidade, procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia.

Art. 42. **Somente os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos**, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos nacionais utilizados durante a internação;

b) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**

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

Art. 43. Com a exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante cada ano contratual não cumulativo.**

§ 1º. Os casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise serão atendidos em regime de hospital-dia, por até 8 (oito) semanas, sendo que, após esse prazo, essas internações ficará isenta a CONTRATADA da responsabilidade pelo atendimento após o prazo acima.

§ 2º Não estando coberto o atendimento referente ao “caput” deste artigo, no contrato,

poderá o usuário ser atendido, por custo operacional, ou seja, pagando tabela própria da CONTRATADA, previamente ao serviço necessitado.

§ 3º. Nos casos de diagnóstico relativo ao CID 10, itens F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, e F90 a F98, a cobertura de atendimento em regime de hospital-dia estende-se a até 180 dias de atendimento, por ano contratual não cumulativo. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado no contrato, ou ficará isenta a CONTRATADA da responsabilidade pelo atendimento após o prazo acima, quando não for contratada co-participação.

§4º. Quando o CONTRATANTE fizer opção de também co-participar nas despesas para custeio das internações referentes às demais especialidades médicas, **não haverá a isenção a que se refere o caput.**

Art. 44. Também estarão cobertas as internações para os beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º. As internações, circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, serão asseguradas pelo prazo máximo de **15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos.** Após esse prazo, ficará isenta a CONTRATADA da responsabilidade pelo atendimento.

§2º. As internações de que trata este artigo estarão sujeitas a exclusão por cobertura parcial temporária pelo prazo fixado na Proposta Inicial.

§3º Não estando coberto o atendimento referente ao “caput” deste artigo, no contrato, poderá o beneficiário ser atendido, por custo operacional, ou seja, pagando tabela própria da CONTRATADA, previamente ao serviço necessitado.

Art. 45. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em beneficiários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES PARA INTERNAÇÃO

Art. 46. **Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também não inclui:**

a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente; b) despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;; c) produtos de toalete e higiene pessoal; d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura; e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este; f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 47. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED RECIFE em favor do beneficiário.

Art. 48. Nos casos de urgência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 49. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED RECIFE, em pleno vigor, na forma da lei.

Art. 50. O prazo de internação, fixado pela UNIMED RECIFE, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 51. Em caso de necessidade de prorrogação

do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED RECIFE a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 52. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

Art. 53. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários hospitalares, conforme negociação direta com o hospital.

Art. 54. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

Art. 55. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III - DAS EXCLUSÕES CONTRATUAIS

Art. 56. **Estão excluídos da cobertura deste contrato, em todos os segmentos contratados em conjunto ou em separado, os seguintes casos :**

I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;

III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo

ou outra causa física que atinja maciçamente a população;

IV - vacinas.

V – quaisquer medicamentos que não sejam de aplicação exclusiva em ambulatório ou internação hospitalar, e medicamentos importados, exceto aqueles cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;

VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, bem como tratamento cirúrgico para todos os tipos de impotência sexual;

VII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

VIII - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de expressa indicação médica em função de necessidade ocorrida na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o beneficiário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos cirúrgicos por motivo de senilidade; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;

IX - medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros ou ambulatórios;

X - *check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar que não esteja incluídos em rol da ANS, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XI - exames para piscina e ginástica feitos por médicos não cooperados;

XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;

XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XIV - consultas e atendimentos domiciliares,

mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XV - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo beneficiário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 188 do Código Civil).

XVI - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.

XVII – implantes (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato e em face da regulamentação dada pela Res. N.º 12, de 04/11/1998 do CONSU e do § 4º, do art. 10, da Lei 9659/98);

XVIII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos.

XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada.

XX – Os exames relativos ao PCMSO e PPRA.

XXI – Quaisquer medicamentos, próteses, órteses, materiais de qualquer natureza, necessários a realização da cirurgia, de origem estrangeira, importados, desde que haja similar nacional, com certificação positiva da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou outro órgão de fiscalização nacional da saúde.

XXII – Medicamentos de qualquer ordem, que sejam prescritos, ainda que decorrentes de internamento, para serem ministrados pelo próprio usuário e em sua própria residência;

XXIII – O sistema de atendimento em *Home Care*, assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do usuário, com a colocação em seu endereço do aparelhos necessários ao seu atendimento;

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 57. Os períodos de carência para cada procedimento, serão os seguintes

I - A CONTRATADA assegura, aos beneficiários titulares, dependentes e agregados quando for o caso, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados, quando solicitados por médico cooperado e de acordo com as carências a seguir:

a)24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de acidentados pessoais;

b)24 (vinte e quatro) horas para atendimentos das primeiras 12 (doze) horas em casos de urgência e emergência, quando esteja o usuário em situação de carência ou cobertura parcial temporária por exclusão de doenças pré-existentes;

c)30 (trinta) dias para consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia;

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

a)180 (cento e oitenta) dias para os benefícios adicionais do Título XIII deste contrato,

b)300 (trezentos) dias, para partos a termo.

§ 1º - EXAMES BÁSICOS e EXAMES ESPECIAIS são definidos no Título II deste contrato.

§ 2º - Os prazos acima mencionados começarão a ser contados à partir da expressa aceitação do contrato, pela operadora.

§ 3º. Estarão cobertas as despesas hospitalares e de honorários do pediatra, diárias de berçário e UTI do recém-nascido se for o caso, do filho natural ou adotivo, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao seu tratamento, pelo período de 30 (trinta) dias, contado da data de

nascimento ou sentença de adoção. Após esse prazo, a cobertura fica condicionada à que inclusão do recém-nascido no contrato tenha ocorrido da forma determinada pelo art. 26 do presente contrato.

§ 4º. Qualquer negociação realizada em relação a redução ou isenção de prazos de carências, constarão da proposta comercial que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 58. Não há co-participação para este contrato.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 59. O CONTRATANTE está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes e agregados, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de declaração de saúde, cujo formulário está à disposição do CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o CONTRATANTE, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

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

§3º. É condição prévia para a inclusão do beneficiário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

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

§5º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar

impacto nos custos da CONTRATADA, resultará em AGRAVO do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério do CONTRATANTE.

Fica autorizada a CONTRATADA, a suspender pelo prazo de 24 meses, a cobertura de doenças pré-existentes, em relação a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, conforme Índice de Procedimentos de Alta Complexidade, assim definido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

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

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

§ 9º A constatação e rescisão do contrato por fraude, será feita respeitando-se o devido processo legal e em cumprimento de processo perante a ANS.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DO CONTRATANTE

Art. 60. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em relação aos titulares, seus dependentes e agregados inscritos neste contrato, os valores relacionados na Proposta Inicial para efeito de inscrição e mensalidade.

Parágrafo único: O pagamento será realizado mediante desconto em folha de pagamento do servidor do Tribunal Regional Eleitoral e repassado direto à CONTRATADA.

Art. 61. As mensalidades e os eventuais valores relativos às despesas em custo operacional serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

Art. 62. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até vinte dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed para que não se sujeite as consequências da mora.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 63. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 64. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato,

*Contrato Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia
Plano DIAMANTE NACIONAL 3
Coletivo empresarial
Página 20*

implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

Parágrafo único. A suspensão ou rescisão por inadimplemento a obrigação contratual será precedida de notificação com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação da medida, permitindo-se ao usuário, neste prazo, a regularização de sua situação perante a operadora.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 65. Os valores previstos no contrato, foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens poderá ensejar novos valores, com a autorização da ANS..

§ 1º. Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, observadas as formalidades legais, pelo IGP-M

§ 2º. Caso deixe de existir o índice de reajuste, ou deixe de ser divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, o mesmo será substituído por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 66. **Se, por qualquer motivo, os valores reajustados da forma do artigo anterior deixem de corresponder com a defasagem monetária no período, em razão de peculiaridades do setor, nos termos da lei, a mensalidade será reajustada, na periodicidade de 06 (seis) meses, levando-se em conta os índices de elevação de preços**

observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa no §1º deste artigo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

§1º. O cálculo dos reajustes influirá na fatura do mês seguinte ao que se constate que o índice de sinistralidade alcançou 0,75 (setenta e cinco centésimos) do valor pago mensalmente, e, obedecerá a seguinte fórmula:

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

IC = Índice de Correção da mensalidade no Semestre

SS = Soma da Utilização do Semestre

PC = Soma das Mensalidades Cobradas no Semestre

0,75 = Índice Máximo de Sinistralidade

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

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

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 67. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos adicionais, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

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

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 68. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art. 69. As faixas etárias para os fins deste contrato são de acordo com a tabela contida no art. 70.

Art. 70. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Faixa etária	Enfermaria	Apartamento
0-18	0%	0%
19-23	13,0453%	16,7611%
24-28	24,3915%	27,9396%
29-33	10,3315%	10,6179%
34-38	15,0340%	15,7075%
39-43	13,0692%	13,5752%
44-48	30,1842%	26,2170%
49-53	42,7899%	39,6160%
54-58	29,9670%	28,3749%
>59	23,0574%	22,1032%

Art. 71. Os usuários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso, e da Resolução ANS/RN n.º 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária

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

Art. 72. **Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.**

Parágrafo único. A rescisão por inadimplemento de obrigações contratuais de notificação, com prazo mínimo de 10 (dez) dias da efetivação da medida, permitindo-se ao usuário, nesse prazo, a regularização de sua situação perante a operadora.

Art. 73. **Rescinde-se também este contrato, após o cumprimento do devido processo legal, ocorrendo:**

a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários, na utilização do objeto deste contrato; b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados; c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED RECIFE; d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED RECIFE ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários; e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato; f) a exclusão do usuário titular.

Art. 74. Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta, é facultado a CONTRATANTE denunciar o presente contrato, **mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pela CONTRATANTE ou pela Contratada, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

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

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não

será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

a interpelação dos Contratantes, desde que, por meio de efetiva comprovação.

Art. 75. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

Art. 81. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 82. **O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.**

TÍTULO XIII- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 76. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Art. 83. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Art. 84. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Art. 77. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência.

Art. 85. Fica eleito o foro do domicílio do Contratante, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 78. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento **atendidas as disposições regulamentares da ANS, quando necessárias.**

Art. 86. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a assinatura deste contrato, de forma que, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Art. 79. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 87. O presente contrato é feito pelo prazo certo de 1 (hum) ano, renovando-se automaticamente, por prazo indeterminado, sem qualquer ônus para o contratante, e é válido a partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas.

Art. 80. A mera correspondência epistolar, suprirá

ASSINATURAS

Por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente contrato que possui 87 artigos para os devidos efeitos legais, em duas vias de teor e forma, e para um único Direito, na presença de duas testemunhas, que, por tudo assistirem, assinam em conjunto, em testemunho da verdade.

.....,de.....de.....

.....
Sindicato dos Médicos de PE.
Mário Fernando da Silva Lins.
Presidente

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

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

.....
TESTEMUNHA
CPF:

.....
TESTEMUNHA
CPF:



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

MÓDULO OPCIONAL - PJ
INTERNAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO

CONTRATO N.º _____

Art. 1º. Este Módulo, deve ser assinado em conjunto com o contrato supra indicado, e sua contratação e os valores da mensalidade devida, estarão expressos na Proposta de Admissão.

Art. 2º. Através deste opcional, será assegurado aos usuários, o direito à internação em quarto privativo com banheiro, e direito a acompanhante, de acordo com a disponibilidade do hospital.

Parágrafo único. A inscrição de usuários para obter este benefício dar-se-á da mesma forma daquela utilizada para os demais usuários, através de relação de inscrição de usuário, na qual se mencionará e de forma expressa, que a inscrição deve ser feita para fins do presente módulo.

Art. 3º. O direito à ampliação de cobertura ora contratado, será conferido aos usuários após o cumprimento das seguintes carências, não cumulativas as do contrato, contadas da data da vigência do respectivo Módulo:

§1º. Sendo contratado este Módulo em até trinta dias contados da assinatura deste contrato ou do implemento da condição que permita a inscrição do usuário no plano, os usuários estarão isentos de carências de acordo com as coberturas a seguir:

- a) urgências e emergências;
- b) internações; e
- c) parto, desde que contratada a cobertura obstétrica.

§2º. Sendo este Módulo contratado após o prazo a que se refere o parágrafo anterior, o usuário deverá cumprir os seguintes períodos de carência:

- a) 300 dias: partos, desde que contratada a cobertura obstétrica; e**
- b) 180 dias: quaisquer outras internações.**

Art. 4º. É da exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE, o pagamento de despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato.

Art. 5º. Fica estabelecido que o CONTRATANTE não poderá renunciar à ampliação ora contratada e manter as demais coberturas, pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da inscrição do usuário neste Módulo, uma vez que o opcional é contratado para o prazo de um ano.

Art. 6º. Por consequência da contratação deste Módulo, fica alterado o preço pactuado, que é acrescido da quantia descrita na Proposta de Admissão, por usuário inscrito.

Parágrafo único. Os valores referentes a este módulo, são calculados em função das mesmas faixas etárias descritas na Seção II, do Capítulo II, do Título X e adotam o mesmo critério de variação e reajuste.



Cooperativa de Trabalho Médico

ANS n.º 344885

Art. 7º. Permanecem em plena vigência as Cláusulas do contrato não alteradas por este Módulo.

Por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente contrato que possui 07 artigos, para os devidos efeitos legais, em duas vias de teor e forma, e para um único Direito, na presença de duas testemunhas, que, por tudo assistirem, assinam em conjunto, em testemunho da verdade.

Recife,.....,de.....de.....

.....
Sindicato dos Médicos de PE.
Mário Fernando da Silva Lins.
Presidente

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

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

.....
TESTEMUNHA
CPF:

.....
TESTEMUNHA
CPF: