

CONTRATO E CONDIÇÕES GERAIS DE SEGURO COLETIVO POR ADESÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1

PRODUTO ADESÃO COMPACTO ENF II

ANS Nº: 477.998/17-3

CONTRATAÇÃO: Coletivo por Adesão.

SEGMENTO: Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Nacional.

ÁREA DE ATUAÇÃO: Nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Coletiva (Enfermaria).

FORMAÇÃO DE PREÇO: Preestabelecido.

ABRANGÊNCIA: Rede Referenciada Nacional e Reembolso.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Remissão.

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Qualificação da Seguradora

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, Pessoa Jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81, classificada como **SEGURADORA** Especializada em Saúde, sediada na Alameda Ministro Rocha Azevedo, n.º 366, Cerqueira César, em São Paulo - SP, CEP: 01410-901 e devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – sob o nº 00.070-1.

2

Qualificação da Estipulante

Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o **ESTIPULANTE** e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro. A Proposta de Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

SUMÁRIO

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	10
IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA	26
V- DURAÇÃO DO CONTRATO.....	28
VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA	29
VII- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	31
VIII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	33
IX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	36
X- MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	40
XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	43
XII- REAJUSTE	45
XIII- FAIXAS ETÁRIAS	49
XIV- BÔNUS – DESCONTOS.....	50
XV- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	50
XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS.....	51
XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO	52
XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS	55
XIX- ELEIÇÃO DE FORO	67

CONDIÇÕES GERAIS

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir aos Segurados, incluídos na Apólice, o reembolso (para livre escolha) ou o pagamento diretamente ao prestador dos serviços (quando utilizada a rede referenciada), dos custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previstos na Lei 9656/98, visando a assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observadas as coberturas, os limites e as exclusões contratuais.

1.2. Trata-se de contrato coletivo por adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.3. Este contrato também poderá ser firmado por intermédio de Administradora de Benefícios, na figura de **ESTIPULANTE**, na forma trazida pelo inciso III do artigo 23 da Resolução Normativa ANS nº 195/09, combinado com os termos da Resolução Normativa ANS nº 196/09, sempre respeitando os vínculos de elegibilidade previstos nos normativos vigentes.

1.3.1. A Administradora de Benefícios, quando for **ESTIPULANTE**, deverá fazer a inclusão das pessoas jurídicas elegíveis, conforme o artigo 9º da Resolução Normativa ANS nº 195/09, passando estas a figurarem como Subestipulantes da Apólice de Seguro Saúde.

II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Este seguro destina-se ao grupo delimitado e vinculado ao **ESTIPULANTE** ou, no caso da contratação estipulada por Administradora de Benefícios, ao grupo vinculado e delimitado as pessoas jurídicas elegíveis e participantes na condição de Subestipulantes, sendo considerado SEGURADO TITULAR a pessoa física que mantém vínculo com o **ESTIPULANTE** ou com as pessoas jurídicas

elegíveis, quando participantes da Apólice de Seguro Saúde, tendo relação de caráter profissional, classista ou setorial, nos termos da Resolução Normativa/ANS nº 195/2009 e suas posteriores atualizações, desde que devidamente inscritos no presente Contrato, a saber:

- (I) os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- (II) os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações;
- (III) as associações profissionais legalmente constituídas;
- (IV) as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- (V) as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas condições da Resolução Normativa nº195 da ANS; e
- (VI) as entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

2.1.1. Caberá às partes exigir e comprovar a legitimidade dos documentos estatutários, bem como a condição de elegibilidade do Segurado.

2.1.2. O **ESTIPULANTE** inscreverá o Segurado Titular no plano, **não sendo permitida a escolha de plano diferente para um mesmo grupo familiar.**

2.1.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Segurado Titular no plano.

2.1.4. A **SEGURADORA** poderá exigir, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem o vínculo profissional, classista ou setorial entre os Segurados e o **ESTIPULANTE** ou as pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante), vinculada ao **ESTIPULANTE** e, ainda, a relação de dependência entre o SEGURADO PRINCIPAL e seus Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação.

2.1.5. Após o início de vigência da Apólice/Contrato e decorrido o prazo de 30 (trinta) dias da vigência inicial, a inclusão de novos proponentes (titulares, Dependentes e/ou Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação) dependerá do preenchimento de cartão proposta, com declaração pessoal de saúde e atividade observado, no que couber, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes destas condições gerais.

2.1.5.1. Nos casos permitidos nestas Condições Gerais, a **SEGURADORA** poderá exigir, no momento da contratação ou adesão, para aceitação dos Segurados, **o preenchimento de cartão proposta, com declaração pessoal de saúde e atividade.**

2.1.5.2. O **cartão proposta** preenchido em desacordo com os critérios da **SEGURADORA** será **recusado** e devolvido ao **ESTIPULANTE**.

2.1.5.4. Prevalecendo interesse na contratação, o **ESTIPULANTE** deverá reenviar novo cartão proposta, com as devidas correções, **para nova análise da SEGURADORA**.

2.1.5.5. A **SEGURADORA** terá prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento do cartão proposta na **SEGURADORA**, sob protocolo, para se pronunciar sobre o conteúdo do referido documento. Não havendo manifestação nesse prazo, a proposta estará automaticamente aceita.

2.1.5.6. Quando exigida declaração pessoal de saúde fica **facultada ao proponente** preenchê-la com a orientação de médico à sua escolha, dentre os pertencentes à rede referenciada e indicada para essa finalidade, a expensas da **SEGURADORA**, podendo optar por médico não pertencente à rede, **assumindo, neste caso, as respectivas despesas**.

2.1.5.7. A perícia ou exame médico terá **validade de 30 (trinta) dias**, contados de sua realização, após o que o proponente **deverá submeter-se a novo procedimento às suas expensas**.

2.1.5.8. Caso a **SEGURADORA** solicite documentos, com vistas ao melhor esclarecimento do cartão proposta, este será considerado **NÃO aceito, reiniciando novo prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento da documentação solicitada**.

2.2. SEGURADOS PRINCIPAIS

2.2.1. Poderão ser aceitos neste Seguro, como Segurados Principais, os componentes do Grupo Segurável que, ao tempo da assinatura da Proposta de Adesão/Contrato ou da solicitação de inclusão neste Contrato, mantenham com o **ESTIPULANTE** ou com as pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice na condição de Subestipulante, vinculada ao **ESTIPULANTE**, o vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, na forma indicada no artigo 9º da Resolução Normativa nº 195/09 e conforme previsto nestas Condições Gerais.

2.3. SEGURADOS DEPENDENTES

2.3.1. Poderão ser aceitos como Segurados Dependentes, **desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Principal:**

- a. Cônjuge ou companheiro(a);
- b. Filhos solteiros menores de 30 anos;
- c. Filhos inválidos de qualquer idade;

d. Enteado ou menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.

2.3.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Segurado Principal.

2.3.3. Para inclusão de Dependentes, após a data de inclusão do Segurado Principal, será necessário o envio à **SEGURADORA**, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento etc.

2.3.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Segurado terá sua inclusão assegurada, isento(a) do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observado, no que couber, os demais termos constantes nestas Condições Gerais.

2.3.5. Para a inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante.

2.4. AGREGADOS

2.4.1. Para contratos com, **no mínimo 30 (trinta) vidas, a critério exclusivo da SEGURADORA e conforme definido na Proposta de Contratação**, poderão ser aceitos como Segurados Agregados, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Principal:

- a. Filhos a partir de 30 (trinta) anos, solteiros, inclusive aqueles que, na vigência da Apólice, tenham completado 30 (trinta) anos;
- b. Netos, menores de 21 (vinte e um) anos, solteiros; e
- c. Pais.

2.4.2. Para inclusão dos Agregados, se houver, **obrigatoriamente**, deverão ser cumpridos os seguintes requisitos:

- a. O parentesco será considerado em relação ao Segurado Principal;
- b. O plano para os Agregados seja o mesmo do Segurado Principal;
- c. Seja preenchido cartão proposta que será **submetido à avaliação médica para aplicação de Cobertura Parcial Temporária e carências**, se for o caso;
- d. O agregado dependa economicamente do Segurado Principal, o que deverá ser comprovado mediante apresentação de declaração, preenchida e assinada pelo Segurado Principal, atestando a dependência econômica daquele em relação a este com o de acordo do **ESTIPULANTE, conforme**

modelo fornecido pela SEGURADORA, podendo a **SEGURADORA** exigir a apresentação da declaração de imposto de renda para fins de comprovação da dependência econômica entre o agregado e o segurado principal.

2.4.3. Os Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação terão acesso apenas à assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento.

8

2.5. IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS

2.5.1. Estando aceitos e incluídos os Segurados, a **SEGURADORA** fornecerá o Cartão Individual de Identificação que consignará o Seguro contratado, com prazo de validade equivalente ao da vigência da apólice, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Segurado aos serviços referenciados.

2.5.2. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o **ESTIPULANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via.

2.5.3. O recém-nascido, filho de Segurado(a), mesmo que nascido de parto **não** coberto, que ainda não tenha sido incluído no Seguro, será atendido, nos primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante apresentação da sua Certidão de Nascimento, Cartão de Identificação da mãe ou do pai e documento de identidade do acompanhante responsável.

2.6. DAS INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.6.1. Para as inclusões posteriores ao início de vigência, a contratação se dará mediante cartão proposta, onde o início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela **SEGURADORA**, do pedido de inclusão, ou na data do vínculo com o **ESTIPULANTE** ou do fato que gerou o direito ao Seguro, conforme acordado com o **ESTIPULANTE**, **desde que satisfeitas as condições de aceitação previstas nestas Condições Gerais.**

2.6.2. As movimentações cadastrais deverão ser informadas até o dia 20 (vinte) de cada mês, com vigência prevista para o primeiro dia do mês subsequente.

2.6.3. Serão acatadas inclusões realizadas no período do dia 21 (vinte e um) até o final do mês, desde que comunicada até o dia 5 (cinco) do mês seguinte. A partir do 6º (sexto) dia, todas as movimentações, obrigatoriamente, terão vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.

2.6.4. Quando as datas previstas nos itens acima coincidirem com final de semana ou feriado, **as mesmas deverão ser antecipadas.**

2.7. EXCLUSÕES DE SEGURADOS

2.7.1. As exclusões poderão ser comunicadas, pelo **ESTIPULANTE**, a qualquer tempo, sendo que o término de vigência das coberturas será o último dia do mês do recebimento do aviso pela **SEGURADORA**, ou a data do final de vínculo com o **ESTIPULANTE** ou do fato que gerou o término do direito ao Seguro, conforme acordado.

2.7.2. As exclusões poderão, ainda, ser formuladas por iniciativa do Segurado Titular nos termos da Regulamentação de Saúde vigente e, neste caso, o término de vigência das coberturas se dará: (i) imediatamente à data e hora da solicitação da exclusão formulada pelo Segurado Titular perante a **SEGURADORA** ou a **Administradora de Benefícios**, quando figurar no Contrato de Seguro Saúde firmado entre a **ESTIPULANTE** e a **SEGURADORA**; ou (ii) a partir da data e hora da ciência da **SEGURADORA** acerca do pedido de exclusão formulado pelo Segurado Titular junto à **ESTIPULANTE**.

2.7.2.1. A exclusão de que trata o item 2.7.2. acima tem efeito imediato e irrevogável e as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelo Segurado após a data e hora da solicitação de sua exclusão do Seguro Saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do Segurado.

2.7.3. Quando a solicitação de exclusão for de iniciativa do Segurado Titular, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar o documento com a ciência do segurado titular acerca das consequências do cancelamento ou exclusão do contrato, em atendimento ao artigo 15 da RN 412/2016, no formato da **SEGURADORA** devidamente assinado pelo Segurado.

2.8. ALTERAÇÃO DE PLANOS

2.8.1. A **ESTIPULANTE**, ou as **pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante)**, vinculada ao **ESTIPULANTE**, poderá(ão) solicitar a **SEGURADORA** a alteração de seguro contratado, que ficará condicionada a análise prévia da **SEGURADORA**, exclusivamente no aniversário do seguro, sendo passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada e para o padrão de acomodação, quando for o caso.

2.8.2. A alteração deverá ser realizada apenas para um plano imediatamente superior ou inferior ao contratado pela **ESTIPULANTE**, ou **pelas pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante)**, vinculada ao **ESTIPULANTE**.

2.8.3. A alteração de plano somente ocorrerá quando efetuada pelo Segurado Titular e incluirá todos os dependentes e agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, do plano anteriormente contratado.

2.8.4. A alteração de plano é realizada em caráter irrevogável e irretroatável.

III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Estarão cobertas as garantias relacionadas às doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes editadas, quando houver, decorrentes de eventos cobertos, comprovados e justificados pelo médico assistente, que não estejam expressamente citados na Cláusula IV- EXCLUSÕES DE COBERTURAS e desde que cumpridas as eventuais carências ou cobertura parcial temporária.

3.1.1. Estão abrangidas as seguintes coberturas, em caráter ambulatorial:

3.1.1.1. Consultas médicas eletivas, em todas as especialidades oficialmente reconhecidas, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

3.1.1.2. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional conforme número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

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

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

3.1.1.5. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;

- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

3.1.1.6. Cobertura para escleroterapia de varizes de membros inferiores limitada a 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato;

3.1.1.7. Cobertura para Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 10 (dez) sessões, por Segurado, por ano de vigência do contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista;

3.1.1.8. Serviços de Pronto Socorro (primeiro atendimento, aplicação de injeções, curativos, inalação simples, etc.);

3.1.1.9. Exames diagnósticos ou para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (desde que sua indicação esteja respaldada em consensos do Ministério da Saúde, de Sociedades de Especialidades Médicas ou, ainda, do projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira) e procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber:

a. Básicos:

Análises clínicas, histocitopatologia, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos simples sem contraste, exames e testes alergológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos, inaloterapia, prova de função pulmonar, teste ergométrico, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

b. Especiais:

Angiografia, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, densitometria óssea, laparoscopia diagnóstica, ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido, eletrocardiografia dinâmica (Holter), monitorização ambulatorial de pressão arterial, litotripsia, radiologia com contraste, USG morfológico, USG Obstétrico com Perfil biofísico do feto, USG Doppler fluxo obstétrico, USG Obstétrico com amniocentese, Sorologias não constantes na AMB/92, videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica, eletromiografia e eletroneuromiografia, demais exames do Rol.

c. Ambulatoriais especiais:

Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial), quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, outros procedimentos previstos no Rol.

12

3.1.2. Estão abrangidas as seguintes coberturas, em caráter hospitalar:

- a. internações clínicas;
- b. internações cirúrgicas;
- c. internações obstétricas;
- d. transplantes de rim, córnea, medula óssea autólogo e alogênico respeitada a legislação em vigor, incluindo, além de honorários médicos e despesas hospitalares com o Segurado, as despesas assistenciais com doadores vivos e com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

- e. aquisição e implantação de órteses e próteses, **ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório)**;
- f. tratamentos para doenças infectocontagiosas;
- g. internações psiquiátricas;
- h. remoção inter-hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste contrato, de acordo com a legislação vigente, em especial pelo disposto na Resolução Normativa nº 347, de 02 de abril de 2014 e suas eventuais alterações subsequentes;
- i. atendimento de urgência e emergência, de acordo com as normas especificadas na Cláusula VIII;
- j. cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e outras que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- k. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação

hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

k.1. O imperativo clínico citado na alínea 'k' acima caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do paciente.

k.2. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista 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.

l. os seguintes procedimentos, quando necessários à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

l.1. hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial);

l.2. quimioterapia e radioterapia (incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia);

l.3. hemoterapia;

l.4. nutrição enteral ou parenteral;

l.5. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

l.6. embolizações e radiologia intervencionista;

l.7. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l.8. fisioterapia;

l.9. acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

l.10. oxigenoterapia hiperbárica, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde.

3.1.2.1. Sem prejuízo dos limites, coberturas e demais condições deste Seguro, consideram-se despesas cobertas por este Seguro:

3.1.2.1.1. Despesas hospitalares:

a. diárias de internação do Segurado, em enfermaria, que compreende quarto coletivo, com banheiro privativo, **de acordo com a disponibilidade do hospital**, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente;

a.1. Na internação em enfermaria, caso o estabelecimento não disponha de vaga no padrão previsto nesta Condições Gerais, no momento da internação, o Segurado poderá utilizar-se de acomodação superior, sem ônus adicional, observando-se que:

⇒ essa acomodação prevalecerá apenas e tão somente **até que fique disponível a vaga para a acomodação prevista para o plano contratado;**

⇒ esse direito lhe será assegurado somente nos estabelecimentos previstos para atendimento ao Plano contratado.

a.2. não sendo observadas as condições previstas no item acima, as despesas decorrentes da utilização da acomodação superior, inclusive as de honorários médicos complementares, deverão ser assumidas pelo Segurado ou seu responsável e pagas diretamente aos prestadores dos serviços.

b. serviços complementares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença ou da lesão acidental;

c. medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, **pertinentes ao evento coberto;**

d. honorários do cirurgião, auxiliares, anestesista e instrumentador, previstos na Tabela da **SEGURADORA**, pelo serviço realizado durante o período de internação;

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

f. serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**

g. utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

h. unidade de terapia intensiva ou isolamento, exclusivamente quando e **enquanto determinado pelo médico assistente;**

i. alimentação específica ou normal, autorizada pela **SEGURADORA** e fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, **limitada aos recursos do estabelecimento, cujo pagamento será feito diretamente pela SEGURADORA ao hospital;**

j. acomodação e alimentação fornecida pelo hospital a um acompanhante nas mesmas condições de cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar e observadas as limitações constantes nestas Condições Gerais;**

k. no regime de internação, também estará coberta a remoção terrestre do Segurado, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro, mediante reembolso ou serviço credenciado, **de um recurso hospitalar para outro, quando comprovadamente necessária ao atendimento do evento coberto, mediante solicitação e justificativa do médico assistente e autorização da SEGURADORA.** Caso não seja viável a remoção terrestre, mediante solicitação e justificativa do médico assistente, a mesma poderá ser feita por via aérea, **exclusivamente por prestador autorizado pela SEGURADORA.**

15

3.1.2.1.2. Obstetrícia:

a. consultas médicas de pré-natal, exames complementares de investigação diagnóstica, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com gravidez e parto da Segurada, **observados os limites de cobertura e os períodos de carências;**

b. parto normal, parto cesariano, abortamento legal, **desde que devidamente justificado pelo médico assistente**, berçário e tratamentos clínicos obstétricos;

c. honorários médicos, diárias hospitalares, diárias de CTI ou UTI da Segurada, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento;

d. honorários médicos, berçário, diárias de CTI ou UTI do recém-nascido, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento do recém-nascido, pelo período de 30 (trinta) dias, contado da data do nascimento. **Após esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido no Seguro.** A inclusão será, mediante expressa solicitação do Segurado Principal, por intermédio do **ESTIPULANTE**, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Principal, conforme os termos nestas Condições Gerais.

3.1.2.1.3. Psiquiatria:

3.1.2.1.3.1. Cobertura para internações psiquiátricas nas seguintes condições:

a. Atendimentos às **emergências**, assim considerados as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Segurado ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;

c. Psicoterapia de crise, que corresponde ao atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, nos limites de sessões por ano de vigência da Apólice (ss/ano), conforme Rol de eventos e Procedimentos em Saúde vigente;

- d. Consultas prestadas por médico psiquiatra;
- e. Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- f. Cobertura para internações psiquiátricas.
- g. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico de acordo com as Diretrizes da ANS.

16

3.1.3. Acompanhante:

a. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital, conforme previsto nestas Condições Gerais, ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos, para o acompanhante de idosos a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

3.1.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik):

a. Estarão cobertas cirurgias corretivas para vícios de refração, para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estabilizado há um ano, para casos que se enquadrem em pelo menos um dos seguintes parâmetros:

a.1. miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

a.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.1.5. Cirurgias Restauradoras:

a. Estarão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, realizadas exclusivamente em decorrência de neoplasias ou lesões provocadas por acidentes pessoais ou patologias cobertas pelo Seguro, **excetuando-se os eventos com finalidade estética ou social**, incluindo-se nessa cobertura a mamoplastia para restauração de mama extirpada em decorrência de retirada de câncer.

3.1.6. Gigantomastia:

a. Haverá cobertura para as cirurgias de mamas **naturalmente volumosas** que repercutam sobre a coluna vertebral, com confirmação radiológica e relatório do médico ortopedista.

b. O Segurado deverá, obrigatoriamente, submeter-se a perícia médica com cirurgião plástico, concomitantemente com médicos das especialidades: ortopedia, ginecologia ou mastologia.

3.1.7. Obesidade Mórbida:

a. A cobertura para cirurgias será autorizada apenas para pacientes cuidadosamente avaliados, mediante perícia médica obrigatória com cirurgião geral e a participação dos médicos endocrinologista e psiquiatra, e desde que preencham os requisitos/diretrizes de utilização previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

17

3.1.8. Órteses e Próteses:

a. Estarão cobertas as despesas relativas à aquisição de órteses e próteses de **fabricação nacional ou importadas nacionalizadas (Registradas na ANVISA), ligadas ao ato cirúrgico**. As próteses importadas estarão cobertas se não houver similar nacional ou se o preço for equivalente ao da nacional, mediante apresentação de Nota Fiscal.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

3.1.9. Atenção Domiciliar:

3.1.9.1. **O serviço de atenção domiciliar terá a cobertura exclusivamente para Assistência Domiciliar através de rede referenciada, que será oferecida pela Prestadora contratada, após avaliação médica e desde que o Segurado tenha condições de ser atendido em sua residência.** 3.1.10.1.1. Cobertura de medicamentos registrados/ regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, vigente à época do evento.

3.1.9.1.2. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, 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 – ANVISA.

3.1.9.1.3. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

3.1.9.1.4. Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

18

3.1.9.2 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

3.1.9.2.1. O serviço de assistência domiciliar poderá ser concedido, a critério da **SEGURADORA**, desde que:

- a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c. O paciente resida em uma área com infraestrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;
- d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;
- e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela **SEGURADORA** para visitação e avaliação dos serviços prestados.

3.1.9.2.2. A Assistência Domiciliar terá início após a assinatura do paciente ou responsável, do termo de adesão “Assistência Domiciliar” disponibilizado pela **SEGURADORA**.

3.1.9.2.3. Os critérios para a liberação da Assistência Domiciliar seguirão as normas técnicas e legislação vigentes.

3.1.9.2.4. A concessão do serviço sem esses requisitos configura mera liberalidade da **SEGURADORA**, não caracterizando, em hipótese alguma, alteração contratual ou gerando direito futuro.

3.1.9.3. SERVIÇOS OFERECIDOS

3.1.9.3.1. Os serviços oferecidos ao paciente restringem-se aos necessários para o tratamento em questão e estarão obrigatoriamente sujeitos à análise técnica, para liberação.

3.1.9.3.2. O tratamento diário do paciente compreende: cuidados técnicos exclusivos, quais sejam os dispensados por médicos, enfermeiros, ou outros profissionais das equipes de saúde.

3.1.9.3.3. O tratamento, durante toda a sua duração, será constantemente analisado e acompanhado por médicos da **SEGURADORA**, para frequente adequação de recursos humanos ou materiais. A diminuição de recursos não configura falta de assistência ao paciente.

19

3.1.9.4. MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA

3.1.9.4.1. Estarão cobertos os medicamentos de uso endovenoso ou intramuscular de uso temporário que visem a sanar intercorrências, respeitadas as condições de admissão do paciente, previstas.

Excluem-se desta cobertura os medicamentos administrados por via oral.

3.1.9.4.2. Não haverá cobertura para medicação de uso contínuo de qualquer espécie, por qualquer via de administração.

3.1.9.4.3. Os materiais necessários aos procedimentos técnicos desenvolvidos pelos profissionais encarregados da assistência ao doente serão fornecidos somente enquanto for prestada a Assistência Domiciliar.

3.1.9.4.4. Não haverá cobertura para a dieta do paciente, independentemente da via de administração, complementos alimentares, materiais de uso pessoal e de higiene, ficando sob responsabilidade da família do paciente.

3.1.9.5. EQUIPAMENTOS

3.1.9.5.1. A **SEGURADORA** fornecerá os equipamentos necessários ao tratamento do paciente em ambiente domiciliar, desde que autorizados previamente e os manterá exclusivamente durante o período em que a Assistência Domiciliar perdurar.

3.1.9.6. CONDIÇÕES DE ALTA

3.1.9.6.1. Ao término da programação estipulada, o paciente e seus familiares receberão o aviso de término dos serviços, com antecedência de 24 horas.

3.1.9.7. OUTRAS DISPOSIÇÕES

3.1.9.7.1. A Assistência Domiciliar não possui forma única e universal de atender o paciente, adequando-se a cada caso, segundo análise técnica, feita por médico auditor indicada pela **SEGURADORA**, para liberação ou adequação dos serviços solicitados.

3.1.9.7.2. A **SEGURADORA** não se responsabilizará por quaisquer serviços acordados diretamente pelos familiares do paciente com o prestador de serviços, bem como, pelas despesas deles decorrentes.

3.1.9.7.3. A Assistência Domiciliar poderá ser cancelada, caso o paciente, familiares ou acompanhantes cometam atos que caracterizem assédio ou constrangimento aos profissionais que prestam o serviço, assim como, ao profissional designado pela **SEGURADORA** para visitação e avaliação dos serviços prestados.

3.1.9.7.3.1. Também poderá ser cancelada se houver o descumprimento de orientações técnicas da equipe multiprofissional.

3.1.10. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

3.1.10.1. BENEFÍCIO REMISSÃO

3.1.10.1.1. Favorecido(s): Segurados dependentes (exclusivamente cônjuge e filhos do Segurado Principal). **Os Agregados, quando houver, não têm direito a este Benefício.**

3.1.10.1.2. Este benefício tem por objeto garantir aos **Segurados Dependentes**, no caso de falecimento do Segurado Principal, a continuidade do atendimento assistencial, de acordo com a cobertura estabelecida no Seguro Saúde em que estiverem inscritos na data do óbito, a partir do 1º dia do mês subsequente ao do falecimento, sem qualquer ônus, obedecidas as seguintes condições:

a. Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano. Em caso de cancelamento do contrato principal será assegurado aos Segurados cadastrados a permanência da cobertura até o final do prazo aqui estabelecido.

b. Os Segurados, Principal e Dependentes, tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Principal, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte acidental;

c. O Segurado Principal tenha menos de 66 (sessenta e seis) anos na data da sua inclusão no Seguro Saúde e esteja exercendo atividades laborativas;

d. O pagamento dos prêmios do seguro esteja em dia;

e. O falecimento não seja decorrente de evento excluído, conforme exclusões constantes desta Cláusula;

f. Existir vínculo concreto profissional, classista ou setorial com o ESTIPULANTE ou as pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante), vinculada ao ESTIPULANTE, na data do falecimento.

3.1.10.1.3. Caso o Segurado e seus Dependentes tenham sido transferidos para plano superior, para o qual não tenha sido cumprido o período de permanência previsto nesta Cláusula, na data do óbito, **o BENEFÍCIO REMISSÃO garantirá o pagamento das mensalidades do plano para o qual tenha sido**

cumprido o referido período de permanência, considerado desde o início de vigência até a data do óbito.

3.1.10.1.4. O recém-nascido, filho do Segurado Principal, terá direito a este benefício, desde que nascido de parto coberto pelo seguro saúde em questão. O recém-nascido deverá ser incluído no **BENEFÍCIO REMISSÃO** em até 30 dias da data de nascimento, após este prazo, serão aplicadas as carências previstas nas Condições Gerais.

3.1.10.1.5. O filho do Segurado que, na data de óbito deste, esteja incluído no seguro e tenha menos de seis meses de idade, terá direito ao **BENEFÍCIO REMISSÃO**, não haverá a obrigatoriedade de permanência prevista nesta Cláusula, **desde que seu nascimento tenha ocorrido na vigência do Seguro Saúde e sua inclusão no seguro tenha sido feita dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do seu nascimento.**

3.1.10.1.6. O recém-nascido, filho de Segurado Dependente, mesmo nascido de parto coberto por este seguro saúde, **NÃO terá direito à inclusão no BENEFÍCIO REMISSÃO.**

3.1.10.1.7. Demais dependentes, com menos de seis meses de permanência no **Seguro Saúde**, terão direito à cobertura deste benefício, independentemente do cumprimento do prazo de permanência prevista nesta Cláusula, **desde que a sua inclusão no seguro saúde tenha ocorrido dentro de 30 (trinta) dias, contado da data da vinculação ao Segurado Principal (casamento, adoção, etc.) e a inclusão neste benefício também tenha ocorrido dentro das condições ora previstas.**

3.1.10.1.8. Os benefícios previstos neste Seguro **ficam condicionados** à efetivação da solicitação do benefício à **SEGURADORA** no prazo de 30 (trinta) dias contados do óbito do Segurado principal e a apresentação dos seguintes documentos:

- a. Comunicação de Sinistro por Morte (formulário fornecido pela **SEGURADORA**);
- b. Cópia da Certidão de Óbito;
- c. Documento de identidade e Certidão de Nascimento atualizada dos **Segurados**;
- d. Cópia do Laudo Cadavérico e Cópia do Boletim de Ocorrência Policial em caso de morte acidental.

3.1.10.1.9. A **SEGURADORA** poderá solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários à elucidação do evento.

3.1.10.1.10. O direito ao **BENEFÍCIO REMISSÃO** de dependentes que não apresentarem a documentação exigida **ficará suspenso até a sua apresentação.** Após a apresentação e o

reconhecimento pela **SEGURADORA**, a cobertura será concedida **a partir do 1º dia do mês subsequente ao da apresentação dessa documentação.**

3.1.10.1.11. Para efeito deste benefício, o novo Segurado Principal do seguro será designado conforme critério:

- a. Se houver cônjuge Segurado – o novo Segurado Principal será o cônjuge;
- b. Se houver apenas filhos – cada filho será considerado como Segurado Principal.

3.1.10.1.12. O novo Segurado Principal ficará obrigado a comunicar, imediatamente, à SEGURADORA a perda da condição de Segurado ou de dependência de qualquer Segurado deste Seguro, inclusive da sua própria, de acordo com as Condições Gerais, assumindo a responsabilidade por quaisquer prejuízos ou despesas que sua omissão causar à SEGURADORA, além de sujeitar-se às penalidades legais.

3.1.10.1.13. Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura do **BENEFÍCIO REMISSÃO** os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a. **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b. **atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;**
- c. **doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- d. **suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
 - d.1. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- e. **prática por parte dos Segurados ou por seus representantes legais, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;**

- f. ação do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- g. agravação intencional do risco por parte do Segurado;
- h. eventos não cobertos pelo Seguro ou Plano de Saúde do **ESTIPULANTE**.

3.2. LIMITAÇÕES:

- a. Nas internações, as diárias estarão cobertas pelo período **normalmente necessário ao tratamento da patologia**. Havendo necessidade de prorrogar o período inicialmente concedido, o médico assistente **deverá emitir nova justificativa**.
- b. Nos casos clínicos, estarão cobertos os honorários médicos **relativos a uma visita hospitalar por dia de internação hospitalar e um médico por especialidade, limite este que poderá ser ampliado somente mediante relatório do médico assistente, aceito pela SEGURADORA**.
- c. Só serão admitidos, em cada internação, **honorários médicos com mais de um médico assistente, por especialidade, nos casos justificados por relatório do médico assistente principal, e aceito pela SEGURADORA**.
- d. Consideram-se despesas cobertas com **honorários médicos** os procedimentos contemplados na **Tabela da SEGURADORA**, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes, assim compreendidos o médico assistente e, conforme o porte do ato cirúrgico, respectivos auxiliares, anestesista e instrumentador.
- e. Nos casos de cirurgia, os honorários fixados incluem a assistência pré e pós-operatória.
- f. Os honorários dos auxiliares e do instrumentador ficam limitados a percentuais previstos na proposta de contratação, conforme **Tabela da SEGURADORA**, em relação aos honorários devidos ao médico assistente.
- g. Caso o Segurado opte por acomodação hospitalar superior àquela contratada, **deverá arcar com a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital**.
- g.1. **A SEGURADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Segurado com médicos, hospitais ou entidades, mesmo quando referenciados por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Segurado**.
- h. 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**.

i. Os medicamentos e materiais utilizados no tratamento hospitalar do Segurado, inclusive sessões de quimioterapia, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores estabelecidos no **Brasíndice** ou **Tabela Simpro**, limitados aos custos dos medicamentos de fabricação nacional e reconhecidos oficialmente.

i.1. Nas eventuais omissões da **Tabela SIMPRO** ou do **Brasíndice** e ausência de similar nacional, serão considerados os preços médios de mercado ou de medicamentos análogos.

j. O valor de reembolso das próteses cobertas estará limitado aos valores listados na **Tabela SIMPRO**.

k. Os procedimentos de diagnose e terapia, em pacientes internados ou em casos de urgência ou emergência, deverão vir acompanhados de relatório clínico justificando sua necessidade.

3.3. REDE REFERENCIADA:

a. Quando o Segurado utilizar os serviços referenciados, colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, **havendo cobertura**, as despesas efetuadas serão pagas pela **SEGURADORA** diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso para o Segurado.

b. A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Segurado, do **Cartão de Identificação**, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Seguro. Durante esse período, os eventos cobertos poderão ser realizados mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.

b.1. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da **SEGURADORA**.

c. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos a seguir, dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da **SEGURADORA**:

c.1. Internações clínicas, cirúrgicas, incluindo-se as obstétricas e as psiquiátricas;

c.2. Internações em Hospital-Dia;

c.3. Procedimentos cirúrgicos ou invasivos; procedimentos anestésicos; órteses, próteses e materiais especiais; angiografia; angiotomografia; eletroencefalograma prolongado; potencial evocado; polissonografia; mapeamento cerebral; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido; eletrocardiografia dinâmica (Holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; radiologia com contraste; USG morfológico; USG Obstétrico com Perfil biofísico do feto; USG Doppler fluxo obstétrico; USG Obstétrico com amniocentese;

videolaringoscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; **Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (diálise peritonial contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletroterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; hemoterapia ambulatorial; fisioterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; outros procedimentos previstos no Rol da ANS que apresentem diretriz de utilização.**

d. Todas as internações hospitalares devem ser precedidas de prescrição médica, exceto os casos de urgência ou emergência. O Segurado deverá apresentar relatório do médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade e duração provável da internação.

e. A Autorização Prévia somente será efetivada pela **SEGURADORA** mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente.

f. Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, o Segurado deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à **SEGURADORA**, dentro das condições do Plano contratado.

g. A Rede Referenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da **SEGURADORA**, respeitando-se os critérios estabelecidos na regulamentação vigente.

h. A substituição da Rede Referenciada somente ocorrerá, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao **ESTIPULANTE** e/ou ao Segurado e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo as substituições decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

i. O Segurado terá direito ao Guia Médico Unimed da localidade onde se utilizará da assistência.

i.1. O Guia Médico Unimed é desenvolvido por cada Unimed para determinar seus recursos referenciados conforme sua área de atuação.

i.2. O Segurado deverá utilizar os serviços descritos no Guia Médico da Unimed local, conforme sua Rede Referenciada, respeitando a distribuição dos recursos e o plano equivalente ao contratado da **SEGURADORA**.

i.3. O Segurado poderá consultar a rede referenciada atualizada do seu produto/plano através do site www.segurosunimed.com.br/guia-medico ou pelos telefones (24 horas por dia): '0800 016 66 33' (Atendimento Nacional) ou '0800 770 36 11' (Atendimento ao Deficiente Auditivo).

j. As solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamentos da **SEGURADORA**, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, sendo estipulado o prazo de um dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

j.1. Em relação aos pedidos médicos para transplante de rim, córnea, medula óssea autólogo, alogênico e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será imediato, a partir do momento da recepção da solicitação, a qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As despesas que excederem os limites de cobertura e os níveis de reembolso do Seguro contratado, ou que não se relacionem com o tratamento médico-hospitalar previstos no Seguro correrão, sempre, por conta exclusiva do Segurado que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

4.2. Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Seguro as despesas decorrentes de:

- a. Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses (inclusive próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero), desde que não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório);**
- b. Cirurgias plásticas e tratamentos cirúrgicos com finalidade estética ou social, assim como cirurgias para mudança de sexo;**
- c. Internação domiciliar, mesmo em caráter de urgência ou emergência; consulta domiciliar, mesmo em caráter de urgência ou emergência, exceto os atendimentos previstos na Assistência pré-hospitalar- APH, prevista nestas Condições Gerais;**
- d. Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

- e. Internações clínicas ou cirúrgicas iniciadas antes do início de vigência do Seguro;
- f. Consultas, terapias, Internações, tratamentos e cirurgias experimentais, mesmo que decorrentes de emergência e urgência, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g. Necropsia;
- h. Itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral etc.) ou despesa com acompanhantes não previstas nestas Condições Gerais;
- i. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente ou sem que o Segurado apresente doença ou sintoma;
- j. Quaisquer tratamentos odontológicos ou ortodônticos, mesmo decorrentes de acidentes pessoais, exceto cobertura para cirurgias buco-maxilo-facial, conforme previsto nestas Condições Gerais e nas normas aplicáveis vigentes;
- k. Tratamento para obesidade, exceto cirurgia para obesidade mórbida, conforme previsto nestas Condições Gerais;
- l. Tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais diagnósticos e de prevenção, inseminação artificial, provas de paternidade, esterilização por retirada de função de órgão ou sistema, visando controle de natalidade, excetuando-se casos previstos no Planejamento Familiar, conforme disposições legais;
- m. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, não previstos no Rol de Procedimentos, por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, tratamentos em “SPA”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos; internações em ambiente hospitalar que não necessitem de cuidados médicos;
- n. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;
- o. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, social ou cosmética;
- p. Tratamentos de moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de cataclismos, guerras, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, quando declarados pela autoridade competente;
- q. Fornecimento de medicamentos e/ou materiais cirúrgicos para tratamento domiciliar, bem como medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

- r. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- s. Check-up; Laserterapia para tratamento de varizes; medicina ortomolecular; mineralograma de cabelo;
- t. Transplantes, excetuando-se aqueles previstos nestas Condições Gerais;
- u. Sonoterapia;
- v. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; que visem fornecer os meios indicados para proporcionar o reingresso do Segurado no mercado de trabalho; Atendimentos ou tratamentos destinados à readaptação social e profissional; Qualquer tipo de indenização reparatória ou compensatória decorrente de doenças ou de lesões traumatológicas de qualquer natureza;
- w. Outras terapias, inclusive hidroterapia e psicomotricidade;
- x. Vacinas;
- y. Saúde Ocupacional, de acordo com as normas da ANS;
- z. Próteses importadas não nacionalizadas (sem registro na ANVISA) ligadas ao ato cirúrgico.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

- 5.1. O prazo de vigência da Apólice de Seguro é de um ano e seu início se dará a partir da data mencionada na própria Apólice de Seguro e/ou na Proposta de Contratação.
 - 5.1.1. Decorrido o primeiro ano de vigência a apólice de Seguro será renovada automaticamente, por prazo indeterminado, salvo se ocorrer manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de **60 (sessenta) dias antes da data do vencimento**.
- 5.2. Salvo a aplicação dos reajustes de prêmios previstos neste instrumento, a renovação automática do contrato não implicará a cobrança de qualquer taxa adicional.
- 5.3. A data de vigência da apólice de seguro disposta na Proposta de Contratação será considerada para efeito de reajuste anual, na forma estabelecida nas Condições Gerais.

VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência deste Seguro serão definidos nestas Condições Gerais, onde serão respeitados os limites impostos pela Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas posteriores regulamentações.

29

6.2. Não haverá a exigência do cumprimento dos prazos de carência exclusivamente para os Segurados que efetivamente aderirem ao seguro saúde no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data do início de vigência da Apólice contratada pelo **ESTIPULANTE**.

6.3. No caso das pessoas jurídicas elegíveis (Subestipulantes) vinculadas ao **ESTIPULANTE**, quando participantes da Apólice, a contagem de 30 (trinta) dias será efetivada a partir da data do seu ingresso ao contrato celebrado entre a **SEGURADORA** e o **ESTIPULANTE**.

6.4. Também não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência para os segurados que se vincularem ao **ESTIPULANTE** ou as pessoas jurídicas elegíveis (Subestipulantes) quando participantes da Apólice, na seguinte situação:

a. A cada aniversário de vigência da apólice/contrato será permitida a adesão de **novos proponentes** sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

(I) o proponente tenha se vinculado ao ESTIPULANTE após o prazo de 30 (trinta) dias do início de vigência da Apólice/Contrato; e

(II) a proposta de adesão seja formalizada e protocolizada na SEGURADORA até 30 (trinta) dias da data de aniversário de vigência.

6.5. A inclusão dos Segurados inscritos após o prazo definido nestas Condições Gerais dependerá do preenchimento do Cartão proposta, observadas, ainda, as demais disposições contratuais.

6.6. Os Segurados inscritos após os prazos definidos, ou ainda, o segurado que tenha sido excluído do Contrato, independentemente do motivo e tenha seu pedido de retorno deferido pela **SEGURADORA**, cumprirão os seguintes prazos de carências, contados a partir do início de vigência do seguro individual ou, na última situação, do reingresso no Contrato:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas
Consulta médica	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Exames Especiais	90 dias
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	90 dias
Internações Clínicas	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias
Internações Cirúrgicas	180 dias
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto à termo	180 dias
Parto à Termo	300 dias
Transplantes	180 dias

6.7. Os referidos prazos de carências serão contados a partir da data de vigência de cada segurado.

6.8. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

6.8.1. A mudança de plano, seja para plano superior ou inferior, poderá ser solicitada pelo Segurado Titular a qualquer tempo, desde que aceitos pela **SEGURADORA** e desde que o Segurado tenha no mínimo 12 meses de permanência no plano de saúde atual, contados a partir da data de sua inclusão do benefício ou da última transferência de plano, devendo ser solicitado com 30 (trinta) dias de antecedência do início de vigência do benefício do titular.

6.8.2. A transferência para plano de categoria superior implicará no cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias para utilização dos benefícios do novo plano e no caso de Parto à termo, 300 (trezentos) dias, inclusive quanto a nova rede referenciada e padrão de acomodação.

6.8.3. Nos casos de transferência para um Plano com rede referenciada diferenciada e níveis de reembolso superiores ao do Plano inicialmente contratado, **desde que aceitos pela SEGURADORA** independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, **serão aplicados, para as diferenças de níveis de reembolso e rede referenciada**, os prazos de carência de 180 (cento e oitenta) dias para todos os procedimentos, exceto Parto à Termo, cuja carência será de

300 (trezentos) dias. Durante esse período, serão reembolsados conforme limites contratuais do plano anterior.

6.8.4. Será admitida a transferência para um plano de categoria inferior desde que o Segurado titular, seus dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, não tenham sido hospitalizados nos últimos 12 (doze) meses anteriores a solicitação de alteração.

6.8.5. A transferência de plano somente ocorrerá quando efetuada pelo Segurado Titular e incluirá todos os dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, do plano anteriormente contratado.

6.8.6. Quando o Segurado estiver em carência, as urgências e emergências estarão cobertas até o momento da caracterização da necessidade de internação, ou até o máximo de 12 (doze) horas prevalecendo o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção do Segurado para recurso hospitalar mais próximo que atenda a expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

6.8.7. Os eventos ocorridos no período de cumprimento das novas carências em face de transferência para plano superior, conforme previsto nestas condições gerais, serão reembolsados conforme limites contratuais do plano anterior.

VII- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o Segurado ou seu representante legal **saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao Seguro Saúde.**

7.2. Nos casos de doenças ou lesões preexistentes, poderá ser exigido, pela SEGURADORA, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, observado, no que couber, os demais termos constantes nestas Condições Gerais.

7.3. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Seguro 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 Segurado ou seu representante legal.

7.3.1. A **SEGURADORA** não oferecerá a opção de Agravo, para os casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

7.3.1.1. **Agravo** é o acréscimo, no valor do prêmio do seguro de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões existentes.

32

7.4. A declaração pessoal de saúde e atividade consiste num formulário, elaborado pela **SEGURADORA**, para registro das informações sobre as doenças e lesões de que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão no Seguro Saúde.

7.4.1. O Segurado deverá informar por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor, no momento adesão ao presente seguro sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito às penalidades previstas nestas Condições Gerais.

7.5. Identificado indício de fraude por parte Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao Seguro Saúde, a **SEGURADORA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado e poderá:

- a. oferecer cobertura parcial temporária ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao Seguro Saúde; ou
- b. solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.

7.6. Em caso de abertura de processo administrativo, não haverá negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato do segurado, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

7.7. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Segurado 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 **SEGURADORA** poderá oferecer ao Segurado, **a seu único e exclusivo critério**, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Segurado.

7.8. Caso a **SEGURADORA** opte pelo não oferecimento de cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, a mesma deverá oferecer ao Segurado a cobertura parcial temporária.

33

7.9. Nos casos em que seja aplicável cobertura parcial temporária, será utilizado o Rol de Procedimentos de alta complexidade constante da Resolução da ANS, publicada no Diário Oficial da União, que esteja em vigor na data da ocorrência do evento.

7.10. Quando a **SEGURADORA** realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Segurado, com vistas à sua admissão no Seguro Saúde, será vedada a alegação posterior quanto a omissão de informação de doença e lesão preexistente.

7.11. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao presente seguro a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada

7.12. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária, a **SEGURADORA** não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da Cobertura Parcial Temporária.

7.13. Comprovada a omissão de informação pelo Segurado ou seu representante legal, a **SEGURADORA** poderá excluí-lo do contrato por FRAUDE, bem como responsabilizá-lo pelos prejuízos decorrentes dos procedimentos referentes a doença ou lesão preexistente não declarada.

VIII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Os Segurados terão cobertura para os atendimentos de urgência e emergência, respeitando-se os prazos da Cláusula VI - Períodos de Carência e prazos da Cláusula VII- Doenças e Lesões Preexistentes.

8.2. Define-se:

a. Atendimento de urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

b. Atendimento de emergência é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis ao paciente, comprovado por declaração do médico assistente.

34

8.3. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato ou, quando for o caso, da data da adesão do segurado ao seguro saúde.

8.4. Também estarão cobertos os 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.

8.5. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá cobertura por parte da **SEGURADORA**.

8.6. Quando a **Segurada estiver em carência, os atendimentos de urgência e emergência** decorrentes do processo gestacional estarão **cobertos até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção da Segurada para recurso hospitalar mais próximo que a atenda a expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro.** Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

8.7. Na eventualidade do Segurado estar **dentro do período estabelecido para a CPT- cobertura parcial temporária por lesões preexistentes**, os atendimentos de urgência ou emergência, **estarão cobertos até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, ou até que ocorra a necessidade de internação. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção do Segurado para recurso hospitalar mais próximo que o atenda a expensas do SUS, dentro dos limites**

de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

8.7.1. No caso de remoção para uma unidade do SUS:

- a. caberá à **SEGURADORA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b. quando não possa haver remoção por risco de vida, o Segurado (ou o seu responsável) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **SEGURADORA** desse ônus;
- c. na remoção, a **SEGURADORA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea “a”, a **SEGURADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8. Ressalvado o disposto nestas Condições Gerais, onde deverão ser adotados procedimentos próprios, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, a **SEGURADORA** garantirá a remoção do Segurado para recurso hospitalar que o atenda, observados os critérios referentes a Rede Referenciada a que faz jus o Segurado.

8.9. Na eventualidade do Segurado pleitear que a remoção seja feita para recurso hospitalar que não faça parte da Rede Referenciada ou que por razões contratuais não o atenda diretamente, o Segurado deverá negociar as bases do atendimento junto ao prestador de serviços. Neste caso, a **SEGURADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.10. O Segurado se utilizando de recurso hospitalar que não faça parte da Rede Referenciada poderá solicitar o reembolso cujo procedimento e os limites estão expressos nestas Condições Gerais.

8.10.1. Prescreve em 1(um) ano, a contar do fato gerador, a pretensão do Segurado em requerer junto à SEGURADORA o reembolso previsto na presente cláusula (art. 206, §1º, inciso II, letra 'b' do Código Civil Brasileiro).

8.11. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, o valor do reembolso não poderá ser inferior aos preços dos serviços médicos e hospitalares praticados junto a Rede Referenciada, observada as demais disposições constantes nestas Condições Gerais.

36

IX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelos Segurados e com liberdade de escolha de médicos, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, será efetuado de acordo com os limites previstos nestas Condições Gerais e **Tabela da SEGURADORA**, em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada **no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo e na SEGURADORA**, à disposição dos Segurados e do **ESTIPULANTE**.

9.1.1. A tabela acima citada também está à disposição para consulta do **ESTIPULANTE** e Segurados no endereço da sede da **SEGURADORA** e na sede do **ESTIPULANTE**.

9.2. Em qualquer evento coberto por este seguro é preservada ao Segurado a **LIVRE ESCOLHA** dos serviços médicos e hospitalares, **desde que legalmente habilitados e cobertos por este Seguro**.

9.3. Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se os prazos de carência, CPT, níveis de reembolso, bem como os limites previstos nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação.

9.4. Para os procedimentos de alto custo e/ou com limites contratuais, ao utilizar-se da livre escolha, o Segurado deverá confirmar suas coberturas por meio da Central de Relacionamento da SEGURADORA, através do número de telefone indicado nestas Condições Gerais.

9.4.1. Para os de serviços e procedimentos que contenham Diretriz de Utilização – DUT estabelecidas, a SEGURADORA somente efetivará o reembolso mediante a comprovação do cumprimento da Diretriz de Utilização – DUT, por meio de laudo(s) ou atestado(s) médico(s) ou outro(s) documento(s) equivalente(es), emitido(s) pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento.

37

9.5. Respeitadas as condições do contrato, o reembolso cabível dependerá da apresentação dos seguintes documentos, sempre em originais (exceto prontuário médico):

- **Consulta Médica** - Recibo do médico, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data da consulta, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Do recibo, deverão constar, ainda, os dados do Médico (nome, CPF, CRM, especialidade, assinatura e endereço completo).
- **Exames Laboratoriais e Radiológicos** – Pedido do médico assistente, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).
- **Terapias Especiais, realizadas em sessões (Fisioterapia, Acupuntura e outras) – A cada 10 (dez) sessões realizadas, haverá obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando o diagnóstico, tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. Do recibo deverão constar os dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.**
- **Despesas Hospitalares:**
 - a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;**
 - b. Cópia do (s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anátomo(s) patológico(s) ou polissonografia(s);**
 - c. Recibos ou Nota Fiscal dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);**
 - d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.**

9.5.1. Do Conteúdo do (s) recibo (s) ou da (s) Nota(s) Fiscal(is) deverá constar: nome do paciente, data do evento, valor cobrado (numérico e por extenso), recibos de honorários médicos individualizados contendo os dados do profissional (nome, CPF/MF, CRM, função exercida no evento e assinatura). Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CPF/MF, CRM, função exercida no evento e valor cobrado para cada profissional e assinatura).

9.5.2. Da Nota Fiscal hospitalar deverá constar: nome do Segurado, período da internação, descritivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos.

9.5.3. Quando utilizadas próteses e/ou órteses ligadas ao ato cirúrgico **deverá ser apresentado relatório médico justificando a implantação do aparelho, acompanhando a Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo do aparelho.**

9.5.4. **Em caso de remoção inter-hospitalar** deverá ser apresentado relatório médico informando o diagnóstico do paciente e necessidade da remoção, juntamente com a Nota Fiscal contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do total de quilômetros rodados, valor unitário da quilometragem, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou simples).

9.6. Estando caracterizada a cobertura, a SEGURADORA efetuará o devido reembolso ao Segurado no prazo de 5 (cinco) dias úteis para consultas e exames e 10 (dez) dias úteis para demais procedimentos, contados da data do **recebimento da documentação correta e completa na SEGURADORA, sob protocolo.**

9.7. Os eventos cirúrgicos e os demais procedimentos cobertos pelo Seguro e não previstos na **Tabela da SEGURADORA**, serão reembolsados por valores correspondentes aos casos análogos daquela tabela, segundo o plano no qual esteja incluído o Segurado.

9.8. O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será apurado considerando a aplicação do múltiplo do plano contratado pelo Segurado sobre o valor unitário do procedimento previsto na

Tabela da **SEGURADORA**. Em nenhuma hipótese, o reembolso será superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado ao profissional ou instituição médica.

9.8.1. O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não poderá ser inferior ao praticado pela **SEGURADORA** juntamente a sua Rede Referenciada.

39

9.9. O reembolso das despesas cobertas por este Seguro será efetuado diretamente em conta corrente do Segurado, ou ao seu procurador legalmente constituído, através de procuração em que constem poderes específicos para receber e dar quitação.

9.10. A fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos objeto de reembolso, a **SEGURADORA** poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgar necessários, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

9.11. A **SEGURADORA**, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base neste Seguro, caso haja, por parte do **ESTIPULANTE** ou dos Segurados:

- a. Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou em qualquer pagamento previsto neste contrato;
- b. Fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- c. Inobservância das obrigações contratuais;
- d. Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da **SEGURADORA** na elucidação do evento ou das respectivas despesas;
- e. Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.

9.12. Prescreve em 1 (um) ano, a contar do fato gerador, a pretensão do Segurado em requerer junto à **SEGURADORA** o reembolso previsto na presente cláusula (art. 206, §1º, inciso II, letra 'b' do Código Civil Brasileiro).

9.13. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS

9.13.1. É o valor apurado multiplicando-se o valor do CMS (**Coefficiente Médico da SEGURADORA**), pelo múltiplo do plano contratado e pelo valor unitário do procedimento previsto na Tabela da **SEGURADORA**.

9.13.2. O valor, em moeda corrente no país, do CMS (**Coefficiente Médico da SEGURADORA**), estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da **SEGURADORA** está previsto na Proposta de Contratação.

9.13.3. O valor do CMS (**Coefficiente Médico da SEGURADORA**) poderá ser reajustado anualmente, no aniversário de vigência do contrato, nos mesmos parâmetros do reajuste contratual aplicado (prêmios) ou, eventualmente, em outro percentual previamente ajustado entre as partes.

9.14. MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

9.14.1. Os múltiplos de reembolso adotados, bem como os limites máximos de CMS (**Coefficiente Médico da SEGURADORA**) além dos limites (em Reais) para pagamento estão previstos na Proposta de Contratação.

9.14.2. O valor do CMS (**Coefficiente Médico da SEGURADORA**) poderá ser reajustado anualmente, no aniversário de vigência do contrato, nos mesmos parâmetros do reajuste contratual aplicado (prêmios) ou, eventualmente, em outro percentual previamente ajustado entre as partes.

X- MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Quando o Segurado utilizar os serviços referenciados colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, **havendo cobertura**, as despesas efetuadas serão pagas pela **SEGURADORA** diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso para o Segurado.

10.2. O cartão de identificação do segurado será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Seguro. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da **SEGURADORA**. Durante esse período os eventos cobertos poderão ser realizados, também, mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.

10.3. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos a seguir, **dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da SEGURADORA:**

- a. Internações clínicas, cirúrgicas, incluindo-se as obstétricas e as psiquiátricas;
- b. Internações em Hospital-Dia;
- c. Procedimentos cirúrgicos ou invasivos; procedimentos anestésicos; órteses, próteses e materiais especiais; Angiografia; Angiotomografia; eletroencefalograma prolongado; potencial evocado; polissonografia; mapeamento cerebral; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido; eletrocardiografia dinâmica (Holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; radiologia com contraste; USG morfológico; USG Obstétrico com Perfil biofísico do feto; USG Doppler fluxo obstétrico; USG Obstétrico com amniocentese; videolaringoscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; **Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (diálise peritonial contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletroterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; hemoterapia ambulatorial; fisioterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; outros procedimentos previstos no Rol da ANS que apresentem diretriz de utilização.**

10.4. **Todas as internações hospitalares devem ser precedidas de prescrição médica, exceto os casos de urgência ou emergência. O Segurado deverá apresentar relatório do médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade e duração provável da internação.**

10.5. **A Autorização Prévia somente será efetivada pela SEGURADORA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente.**

10.6. **Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, o Segurado deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à SEGURADORA, dentro das condições deste seguro.**

10.7. A Rede Referenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da SEGURADORA, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação e regulamentação vigente.

10.8. A substituição da Rede Referenciada somente ocorrerá, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao ESTIPULANTE e/ou ao Segurado e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo as substituições decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

42

10.9. O Segurado terá direito ao Guia Médico Unimed da localidade onde se utilizará da assistência.

10.9.1. O Guia Médico Unimed é desenvolvido por cada Unimed para determinar seus recursos referenciados conforme sua área de atuação.

10.10. O Segurado deverá utilizar os serviços descritos no Guia Médico da Unimed local, conforme sua Rede Referenciada, respeitando a distribuição dos recursos e o plano equivalente ao contratado da SEGURADORA.

10.11. Na eventualidade do Segurado não estar em posse do Guia Médico Unimed, este poderá consultar as informações constantes do Guia através do site www.segurosunimed.com.br (link: Guia Médico) ou pelos telefones (24 horas por dia): '0800 016 66 33' (Atendimento Nacional) ou '0800 770 36 11' (Atendimento ao Deficiente Auditivo).

10.12. As solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos decorrentes de **urgência**, serão recebidas pela Central de Relacionamentos da **SEGURADORA**, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, sendo estipulado o prazo de um dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

10.12.1. As demais solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamentos da **SEGURADORA**, sendo

que serão emitidas as autorizações em tempo hábil, de acordo com o previsto na Resolução Normativa ANS nº 259/2011 e subsequentes atualizações.

10.13. Em relação aos pedidos médicos para transplante de rim, córnea, medula óssea e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será imediato, a partir do momento da recepção da solicitação, a qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

43

10.14. COPARTICIPAÇÃO

10.14.1. Este seguro saúde não contempla o pagamento de valores à título de coparticipação.

10.15. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

10.15.1. As divergências e dúvidas de natureza médica sobre as coberturas previstas no presente Seguro serão dirimidas por junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela **SEGURADORA**, outro pelo Segurado, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. A constituição da junta médica poderá ser solicitada pelo Segurado ou pela **SEGURADORA**.

10.15.2. Não havendo consenso na escolha do desempataador, a designação será solicitada ao Presidente de Sociedade Médica, sediada na localidade do atendimento que gerou a divergência.

10.15.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar; os do terceiro serão pagos pela **SEGURADORA**.

XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Os valores estabelecidos pelas coberturas aqui expressas serão pagos em valores preestabelecidos.

11.1.1. Entende-se por preestabelecido, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

11.2. A contraprestação pecuniária será cobrada através de fatura e será totalmente paga pelo **ESTIPULANTE à SEGURADORA**.

11.3. FATURAMENTO

11.3.1. A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pelo **ESTIPULANTE** à **SEGURADORA** até o dia 20 de cada mês, sendo de exclusiva responsabilidade do **ESTIPULANTE** a comunicação, a qual deverá ocorrer no prazo da movimentação, dos pedidos de novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão individual por inadimplência do Segurado. Na falta de comunicação até essa data, o faturamento terá como base o número de Segurados do mês anterior.

11.3.2. Após emitido o faturamento com base nessa movimentação, não poderá o ESTIPULANTE, em qualquer hipótese, realizar o pagamento parcial da fatura.

11.3.3. As movimentações de Segurados ocorridas após esta data serão consideradas como ajuste de prêmio no faturamento subsequente de forma retroativa.

11.3.4. O pagamento da fatura de prêmios deverá ser feita na rede bancária, até o vencimento dela constante pelos valores ali contidos, observado o disposto nestas Condições Gerais.

11.3.5. A data limite para pagamento do prêmio na rede bancária **não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão de qualquer documento do qual resulte cobrança.**

11.3.6. O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento bancário **não modifica o vencimento original, sendo que o pagamento do Seguro com atraso, implica em suspensão das coberturas contratuais, conforme previsto nestas Condições Gerais.**

11.3.7. Sobre o valor original do prêmio mensal, pago após a data de seu vencimento, incidirá multa de 2% e juros de 1% ao mês (0,033% ao dia).

11.3.8. O pagamento da contraprestação pecuniária (fatura) será de responsabilidade total do ESTIPULANTE.

11.3.9. Se o ESTIPULANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento devido, até cinco dias do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na SEGURADORA para que não se sujeite à consequência de mora.

11.3.10. Caberá a quem a lei determinar o pagamento dos impostos e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios deste Seguro.

11.3.11. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os Segurados que vierem a ser incluídos e àqueles a este contrato já vinculados.

11.3.12. Em caso de inadimplemento por parte do Segurado ficará o **ESTIPULANTE** responsável pelo pedido de suspensão e/ou exclusão desse Segurado, bem como de seus Dependentes e Agregados,

quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, devendo a comunicação (pedido de suspensão e/ou exclusão) ser realizada até a data limite da movimentação (até o dia 20 de cada mês).

11.3.13. A reativação das coberturas dependerá do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, acrescido da multa e juros previstos nesta Cláusula, dentro do prazo e demais parâmetros estabelecidos nestas Condições Gerais.

11.3.14. No caso de rescisão por inadimplência do **ESTIPULANTE** este responderá por todas as despesas geradas pelo Segurado por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além dos prêmios devidos e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais.

11.3.15. Para as exclusões de iniciativa do Segurado Titular de que trata o item 2.7.2 destas Condições Gerais, a **SEGURADORA** efetuará o acerto do prêmio mensal junto à **ESTIPULANTE** a débito ou a crédito proporcional ao número de dias de cobertura assistencial transcorridos até a efetivação da exclusão.

XII- REAJUSTE

12.1. O prêmio mensal será reajustado automaticamente, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ou de acordo com a legislação vigente. Estão previstos para o contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro, por sinistralidade e por mudança de faixa etária, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir.

12.2. REAJUSTE FINANCEIRO – APLICÁVEL A TODOS OS CONTRATOS

12.2.1. O Reajuste Financeiro (RF) corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos, que será dado por:

$$RF = \sum_{i=1}^w p_i \cdot \text{IndcEC}_i + Y + Z$$

Onde:

p_i = Peso do Item de Despesa de ordem i definidos pela SEGURADORA;

IndcEC_i = Índice econômico acumulado no período de apuração ou índice de reajuste decorrente da alteração de valores contratuais, aplicado ao item de despesa de ordem i ;

Y = impacto decorrente da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser

incorporados aos contratos, em atendimento as regulamentações vigentes;

Z = impacto nos custos administrativos e nas despesas não assistenciais.

12.2.2. O Reajuste Financeiro (RF) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

12.3.1. A Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos mais sinistros pendentes alocados da data da ocorrência¹ pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF², do acumulado de 12 meses, exceto na 1ª (primeira) reavaliação que poderá compreender período inferior a 12 (doze) meses.

Onde:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistros}^1}{\text{Prêmios}^2} \times 100$$

12.3.2. O Reajuste por Sinistralidade (RS) ocorrerá sempre que a sinistralidade ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

12.3.3. O reajuste ocorrerá anualmente, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses contados da vigência indicada na Proposta de Contratação de Seguro, e a SEGURADORA reserva-se o direito de recalculá-lo o prêmio mensal.

12.3.4. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos – contrato NÃO agregado ao agrupamento de contratos coletivos:

12.3.4.1 Para o Contrato em que, no seu último aniversário tenha quantidade igual ou superior a 30 (trinta) Segurados ativos (Titulares e Dependentes), será aplicado, o reajuste previsto no item 12.1. e a SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita abaixo:

$$RS = \left(\frac{\text{Sinistro}}{0,70 \times PR} \right) - 1 \times 100$$

Onde:

Sinistro = Correspondem ao total das despesas assistenciais médico-hospitalares garantidas pelo plano de saúde, ocorridas no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de avaliação.

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de

Operações Financeiras, dentro do período de apuração;

12.3.4.4. As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado.

12.4. Reajuste Único - aplicável aos contratos coletivos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) segurados ativos – contrato agregado ao agrupamento de contratos coletivos:

12.4.1. De acordo com as normas vigentes do setor de saúde suplementar é obrigatório a formação do chamado “Agrupamento de Contratos Coletivos”, para os Contratos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação) para o cálculo do percentual de Reajuste Único – PRU, o qual tem por finalidade promover a distribuição do risco entre os Contratos Coletivos que compõem o referido Agrupamento.

12.4.2. Caso a quantidade de Segurados ativos do contrato supere a quantidade de 29 (vinte e nove), este Contrato ficará desagregado do Agrupamento de Contratos Coletivos e, por conseguinte, será aplicado o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade, conforme as regras previstas para os Contratos com mais de 30 (trinta) Segurados ativos.

12.4.3. Os Contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) Segurados ativos serão todos Agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano contratado e será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

12.4.4. A primeira apuração de quantidade de Segurados ativos do Contrato terá como mês de referência o mês de assinatura do Contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do Contrato.

12.4.5. Será considerado um Contrato agregado ao Agrupamento aquele que possuir quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos na data acima estabelecida, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de Segurados.

12.4.6. A apuração da quantidade de Segurados ativos do Contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

12.4.7. A quantidade de Segurados em um Contrato é dinâmica/volátil e será revista anualmente, mas as variações de quantidade de Segurados nos meses subsequentes ao momento de sua contratação ou até o próximo aniversário não irão interferir no Agrupamento do Contrato.

12.4.8. Em se tratando de Contrato firmado entre a SEGURADORA e uma Administradora de Benefícios - na condição de Estipulante - para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta todos os segurados vinculados ao Contrato firmado junto a Administradora de Benefícios.

12.4.8.1. Na situação onde a Administradora de Benefícios figure na condição de prestadora de serviços para pessoa jurídica contratante, para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta os segurados vinculados a cada Contrato firmado.

12.4.9. O percentual de Reajuste Único (PRU) será obtido considerando a composição dos resultados encontrados entre o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento, sendo:

$$PRU = RF + RS$$

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

RF = Reajuste Financeiro

RS = Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento, conforme fórmula a seguir:

$$RS = \left(\frac{\text{Sinistro}}{0,70 \times PR} \right) - 1 \times 100$$

Onde:

Sinistro= Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento, descontado as coparticipações, alocados na data de seu pagamento, no período de apuração, dos contratos pertencentes ao Agrupamento de Contratos Coletivos, substituindo-se os dados dos 5 (cinco) primeiros meses de cada contrato, quando aplicável, pela multiplicação do sinistro per capita mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada Contrato.

PR= Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração dos Contratos pertencentes ao Agrupamento.

12.4.10. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.4.11. O Período de Apuração dos Prêmios Recebidos e Sinistros corresponderá aos 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

12.5. Os valores dos prêmios não poderão ser reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo:

- a. Mudança de faixa etária;
- b. Migração de plano;
- c. Ampliação das coberturas do Seguro.

12.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do mesmo plano deste contrato.

12.7. O percentual de reajuste visando o equilíbrio econômico do contrato será comunicado pela SEGURADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme prazos estabelecidos na legislação em vigente.

12.8. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustamento em período inferior, serão aplicados imediatamente a este contrato.

XIII- FAIXAS ETÁRIAS

13.1. O **ESTIPULANTE** reconhece que os valores dos prêmios, expressos nestas Condições Gerais, estabelecidos na data do início da sua vigência, foram definidos de acordo com as faixas etárias dos componentes do grupo segurável.

13.2. Quando os valores dos prêmios do Seguro forem estabelecidos com base nas faixas etárias, as mesmas serão aplicadas conforme a seguinte distribuição:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1ª de 0 a 18 anos; | 2ª de 19 a 23 anos; |
| 3ª de 24 a 28 anos; | 4ª de 29 a 33 anos; |
| 5ª de 34 a 38 anos; | 6ª de 39 a 43 anos; |
| 7ª de 44 a 48 anos; | 8ª de 49 a 53 anos; |
| 9ª de 54 a 58 anos; | 10ª a partir de 59 anos. |

13.2.1. O valor do prêmio fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

13.2.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.2.3. Os percentuais máximos de variação do prêmio, aplicáveis às mudanças de faixas etárias estão previstos na Proposta de Contratação.

13.2.4. Na alteração de idade do Segurado, que implique deslocamento para outra faixa etária, os respectivos prêmios mensais serão cobrados de acordo com os valores então vigentes para a nova faixa etária, **a partir do mês seguinte ao da mudança de faixa.**

13.2.5. A SEGURADORA reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado ou de seus Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação.

13.2.6. As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

13.3. PRÊMIOS DO SEGURO (valores em reais)

13.3.1. Para os **Segurados Titulares, Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação**, serão cobrados, mensalmente, os valores de prêmios indicados na Proposta de Contratação.

XIV- BÔNUS – DESCONTOS

14.1. Este produto não prevê nenhum tipo de bônus ou desconto ao ESTIPULANTE e seus respectivos Segurados.

XV- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1. Por se tratar de Seguro Coletivo por Adesão, não se aplicam a este contrato as regras previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

16.1. Quando for exigida declaração pessoal de saúde, se o Segurado, por si ou por seus representantes, fizer declarações inexatas, omitindo circunstâncias ou fatos que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao Seguro e pagará os prêmios vencidos, consoante as disposições legais, observado as demais disposições constantes nestas Condições Gerais.

51

16.2. As coberturas do Segurado Principal e de seus Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, cessarão automaticamente:

- a. quando o ESTIPULANTE solicitar, formalmente, a suspensão ou exclusão do Segurado do contrato;
- b) quando o Segurado Principal solicitar a sua exclusão e/ou de seu(s) Dependente(s) ou Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, na forma do subitem 2.7.2 destas Condições Gerais;
- c. com o cancelamento do contrato; e
- d. inadimplemento do Segurado junto ao ESTIPULANTE.

16.3. A SEGURADORA poderá, a seu exclusivo critério, excluir ou suspender a assistência à saúde dos Segurados nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude, por parte do Segurado Principal, dos Segurados Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, desde que devidamente apurado e comprovado nos termos da legislação vigente; e
- b) com a cessação do vínculo entre o Segurado e o ESTIPULANTE ou a pessoa jurídica elegível, quando participante da Apólice (Subestipulante), vinculada ao ESTIPULANTE;

16.4. As coberturas dos Segurados Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, cessarão automaticamente:

- a. sempre que cessarem as coberturas do Segurado Principal a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas nestas Condições Gerais;

- b. com a perda das condições de dependência estabelecidas nestas Condições Gerais; ou**
- c) com a exclusão formulada pelo Segurado Titular na forma do subitem 2.7.2 destas Condições Gerais.**

16.5. O Segurado Principal deverá comunicar o **ESTIPULANTE**, que por sua vez deverá comunicar a **SEGURADORA**, tão logo ocorra, a perda da condição de dependência das pessoas a ele vinculadas e aceitas no Seguro, **respondendo pelas despesas geradas por estes**, sendo que a cobertura de qualquer Dependente e Agregado, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, cessará, de pleno direito, no mês seguinte ao da perda dessa condição.

52

XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1. Este contrato de seguro será cancelado/rescindido imediatamente:

- a. no caso de qualquer ato ilícito, fraude, ou dolo pelo ESTIPULANTE e/ou por qualquer Segurado na utilização deste Seguro;**
- b. se houver inobservância das condições contratuais, ou omissão ou distorção de informações em prejuízo da SEGURADORA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;**
- c. após o prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, de atraso no pagamento do(s) prêmio(s).**

17.2. Na ocorrência do disposto acima, a **SEGURADORA** deverá notificar o **ESTIPULANTE**, devendo este último, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação, se manifestar e apresentar suas considerações acerca do ocorrido, bem como, se for o caso, efetuar o pagamento de eventual(is) fatura(s) em atraso.

17.3. Não havendo manifestação expressa por parte do **ESTIPULANTE** dentro do prazo estabelecido acima ou, se for o caso, não houver pagamento da(s) eventual(is) fatura(s) em atraso o Seguro poderá ser imediatamente cancelado.

17.4. O contrato poderá ser resilido unilateralmente pela SEGURADORA, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias:

- a. quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior ao descrito nestas Condições Gerais e não houver renegociação;
- b. se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção, assim entendidas as alterações nas características do grupo Segurado que foi considerado no cálculo dos prêmios, tais como perfil etário, número de Segurados, bem como níveis elevados e/ou frequentes de sinistralidade;
- c. nos casos de não pagamento do acréscimo resultante dos reajustes previstos nestas Condições Gerais.

17.5. O número mínimo de Segurados Titulares, Dependentes e máximo de Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, estes últimos quando aceitos, exigidos para a manutenção do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação.

17.6. O ESTIPULANTE poderá rescindir o Seguro, no caso de fraude, tentativa de fraude ou de dolo, ou se houver inobservância das condições contratuais, por parte da SEGURADORA.

17.7. O Seguro ainda poderá ser resilido:

- a. a qualquer tempo, por acordo expresso entre as partes;
- b. por qualquer das partes, desde que decorrido o prazo de vigência do contrato em pelo menos 12 (doze) meses, devendo a parte contrária ser notificada com no mínimo 60 (sessenta) dias antecedência.

17.8. No caso de rescisão por inadimplência do ESTIPULANTE este responderá por todas as despesas geradas pelo Segurado por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além dos prêmios devidos e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais.

17.9. Se o cancelamento ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o ESTIPULANTE responderá também pelas despesas de implantação do Seguro, correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades vincendas até completar o primeiro ano de vigência da apólice.

17.10. Quaisquer que sejam os motivos do cancelamento e/ou rescisão do contrato, serão também cancelados os Seguros dos subgrupos ou coligadas que pertencem ao mesmo ESTIPULANTE, que tenham permanecido no seguro em consequência do direito de continuidade estabelecido pela legislação em vigor.

54

17.11. As garantias previstas no contrato/apólice ficarão automaticamente e de pleno direito SUSPENSAS, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, se decorrido o prazo de vencimento do prêmio, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, respondendo a SEGURADORA apenas pelos eventos que venham a ocorrer durante o período coberto, respeitado o contido nestas Condições Gerais.

17.12. Caso tenha ocorrido à suspensão da cobertura, mas os prêmios devidos sejam pagos até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao início da competência do primeiro prêmio não pago, a mesma será reabilitada para os eventos ocorridos a partir do dia seguinte ao do pagamento, respeitados os prazos de carência ainda não cumpridos.

17.13. Os pedidos de reembolsos cujos procedimentos tenham sido realizados no período de suspensão da cobertura, em virtude da inadimplência, serão imediatamente negados pela SEGURADORA. Entretanto, em havendo a quitação total dos prêmios em atraso, dentro dos prazos previstos nestas Condições Gerais – e antes do cancelamento do Contrato - poderá a SEGURADORA reavaliar os pedidos, devendo a documentação ser novamente apresentada após a quitação dos débitos.

17.14. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores, nem dá ao Segurado direito às coberturas do Seguro, caso algum prêmio de vencimento anterior não tenha sido quitado.

17.15. Quando ocorrer a rescisão, seja por qual motivo for, cessarão automaticamente as coberturas deste seguro, inclusive para os segurados internados, cabendo ao ESTIPULANTE arcar com o pagamento de todas as despesas decorrentes da continuidade dessa internação a partir da data de encerramento deste contrato.

17.16. Após o encerramento do contrato, o ESTIPULANTE também reconhece como dívida líquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, eventuais despesas decorrentes das coberturas médica hospitalares, previstas ou não neste contrato, que a SEGURADORA possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial.

17.16.1. Caso haja qualquer cobrança de sinistros, por parte dos prestadores de serviços à saúde, ocorridos após o final da vigência deste contrato ou, ainda, nas hipóteses de cancelamento/rescisão/resilição, em decorrência de atendimento aos Segurados, o ESTIPULANTE arcará com todas as despesas respectivas, acrescidas de taxa administrativa de 25% (vinte e cinco por cento).

XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. DOCUMENTAÇÃO

18.1.1. Além destas Condições Gerais, satisfeitos os requisitos de aceitação e contratação do Seguro, o ESTIPULANTE receberá:

A) Apólice de Seguro Saúde;

B) Consoante se extrai do conteúdo da Instrução Normativa – IN nº 20 de 29 de setembro de 2009, associada com a Resolução Normativa ANS nº 195/09 (com redação alterada pela RN 200/09), deverá ser disponibilizado aos proponentes/segurados que fazem parte da massa segurável/segurada vinculada ao **ESTIPULANTE**, ou a pessoa jurídica elegível **quando participante da apólice** (Subestipulante) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

B1) O **ESTIPULANTE** se compromete a entregar o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) para todos os novos proponentes, sendo que essa entrega deverá ocorrer antes de cada nova adesão ao contrato, podendo o **ESTIPULANTE** se utilizar do material já disponibilizado pela **SEGURADORA** ou, ainda, obtê-lo através da forma mencionada no item 'B4' abaixo.

B2) Confirmada a adesão do(s) novo(s) segurado(s) titular(es), a **SEGURADORA** enviará ao **ESTIPULANTE**, juntamente com o Cartão de Identificação Individual dos segurados e demais documentos que façam parte da contratação, o Guia de Leitura Contratual destinado a cada um dos segurados titulares.

B3) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) serão entregues ao **ESTIPULANTE** através de material impresso ou em mídia digital, à escolha do proponente/segurado titular.

B4) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) também estará à disposição (para leitura e impressão) através do site www.segurosunimed.com.br.

B5) O **ESTIPULANTE** concorda que a entrega do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e do Guia de Leitura Contratual aos proponentes/segurados será da sua exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não o eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à **SEGURADORA**, em especial por aqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

B6) Farão parte integrante do contrato os documentos entregues ao segurado referentes ao seguro saúde.

18.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

18.2.1. O ESTIPULANTE fica obrigado a comprovar o recolhimento dos Cartões de Identificação de todos os Segurados, ou devolvê-los à SEGURADORA, mediante protocolo, ficando responsável pelo uso indevido dos mesmos, caso assim não proceda, nos seguintes casos:

- a) cancelamento do contrato;
- b) suspensão de cobertura, por inadimplemento contratual, por parte do ESTIPULANTE ou do Segurado;
- c) cessação das coberturas individuais, por qualquer motivo, inclusive pela perda do vínculo com o ESTIPULANTE.

18.2.2. Entende-se por uso indevido a utilização dos Cartões de Identificação pelos Segurados que tenham perdido direito à cobertura deste Seguro, ou por terceiros.

18.2.3. O uso indevido do Cartão de Identificação, de qualquer Segurado, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Segurado Principal e de todo o grupo familiar a ele vinculado, sem prejuízo das demais sanções legais.

18.2.3.1. A ação da SEGURADORA será:

- a) contra o **ESTIPULANTE**, nas hipóteses relativas a sua responsabilidade e previstas nestas Condições Gerais;

b) contra o Segurado, nas demais hipóteses.

18.2.4. O ESTIPULANTE reconhece como dívida líquida e certa, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados aos Segurados a ele vinculados, quando cessadas as responsabilidades da SEGURADORA, respeitado o disposto nos itens anteriores.

18.2.5. Os valores relativos às despesas referidas nestas Condições Gerais deverão ser liquidados da forma prevista para as faturas de prêmios mensais, até os vencimentos estabelecidos pela SEGURADORA, nos documentos de cobrança, quando de responsabilidade do ESTIPULANTE.

57

18.3. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

18.3.1. O Segurado autoriza expressamente a SEGURADORA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Departamento Médico desta, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado ou a seu Dependente e Agregado, quando houver, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Seguro.

18.3.2. Para que a SEGURADORA obtenha informação e documentação, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa, desde logo, médicos, clínicas e hospitais de qualquer restrição ligada a sigilo profissional.

18.4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO

18.4.1. Nenhuma alteração no contrato será válida se não for solicitada por escrito e ratificada pela SEGURADORA.

18.5. RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA

18.5.1. A responsabilidade da SEGURADORA está restrita exclusivamente aos compromissos explicitados nas diversas cláusulas que regem o contrato, não se responsabilizando por quaisquer outras promessas verbais ou que não estejam contratualmente previstas e devidamente assinadas pela diretoria da SEGURADORA ou seu representante legal.

18.5.2. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS E INACUMULABILIDADE

18.5.2.1. O Segurado se obriga a comunicar, por escrito à SEGURADORA, imediatamente, a contratação, no decorrer da vigência do contrato, de qualquer outro Seguro dessa modalidade.

18.5.2.2. Os pagamentos decorrentes das prestações dos serviços cobertos por este Seguro terão caráter indenizatório, **não se permitindo aos Segurados à percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios**, previstos neste contrato.

18.5.2.3. Havendo mais de um Seguro com garantias semelhantes à deste, os pagamentos **não poderão exceder a soma dos limites indenizáveis**. Cada operadora responderá proporcionalmente pelo valor de cada cobertura, no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.

58

18.6. SUB-ROGAÇÃO

18.6.1. Efetuados os pagamentos de quaisquer coberturas previstas neste contrato, a **SEGURADORA** ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido, em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, **obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação**.

18.7. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

18.7.1. A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do **ESTIPULANTE** somente poderão ser feitas mediante autorização expressa da **SEGURADORA**.

18.8. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

18.8.1. Em caso de inclusão de pessoas jurídicas vinculadas através do artigo 23 da Resolução Normativa nº 195/09, serão aplicadas as mesmas condições da empresa **ESTIPULANTE**, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas, inclusive quanto à renegociação de reajuste.

18.8.2. O **ESTIPULANTE** será responsável por prestar informações às pessoas jurídicas vinculadas à apólice de seguro saúde por ela estipulada (e que eventualmente venham a aderir ao Seguro), sendo também de sua responsabilidade a informação sobre a exclusão dessas pessoas jurídicas.

18.8.3. O **ESTIPULANTE** tem a obrigação de comunicar, a todas as pessoas jurídicas vinculadas a Apólice de Seguro Saúde e a todos os seus Segurados, o conteúdo efetivo das exclusões e de todas as cláusulas deste contrato, bem como de todos os seus direitos e deveres, respondendo, sob todos os aspectos legais, por prejuízos que o Segurado possa sofrer por ausência de qualquer comunicação de responsabilidade daquele.

18.8.4. O **ESTIPULANTE** ou **Administradora de Benefícios** quando esta figurar no Contrato de Seguro Saúde firmado entre a **ESTIPULANTE** e a **SEGURADORA**, será responsável por comunicar a **SEGURADORA** sobre os pedidos de exclusão de que trata o subitem 2.7.2 destas Condições Gerais formulados diretamente a elas, no prazo de até 48 horas a contar do recebimento do pedido, sob pena de responsabilização administrativa e/ou judicial, quando couber, inclusive referente a eventuais condenações judiciais ou multas administrativas pelo não cumprimento das leis e normativas em vigor.

18.9. NOVAÇÃO

18.9.1. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não implicam perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.10. OUTRAS DISPOSIÇÕES

18.10.1. Estas condições, bem como os direitos pelos mesmos assegurados, não poderão ser transferidos ou cedidos, por qualquer forma, exceto no caso de empresas coligadas devidamente caracterizadas, conforme as definições constantes nestas Condições Gerais.

18.10.2. O ESTIPULANTE, por si e por seus Segurados, autoriza a SEGURADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização do setor da assistência à saúde.

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

18.10.4. A emissão de aditivo que verse sobre as situações acima expostas não poderá tratar de alteração do produto.

18.10.5. Este Seguro foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a sua assinatura. **Qualquer alteração de normas que implique modificação das condições contratuais sujeitará o contrato a novo ajuste, inclusive quanto aos valores dos prêmios.**

18.10.6. O **ESTIPULANTE** se obriga a somente incluir na massa inicial os proponentes (titulares) que se enquadram nas formas e condições de elegibilidade previstas no art. 9º da Resolução Normativa ANS nº 195/09, de 14 de julho de 2009, as quais estão descritas no item de CONCEITOS E DEFINIÇÕES nestas Condições Gerais.

18.10.7. Além do disposto no item 18.10.6. acima, após o início de vigência do seguro, o **ESTIPULANTE** somente poderá requerer a inclusão de novos proponentes que cumpram as condições de elegibilidade constantes do art. 9º da citada Resolução Normativa.

18.10.8. O **ESTIPULANTE** será responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que porventura sejam causados à **SEGURADORA**, em virtude do não cumprimento das obrigações elencadas nos itens 18.10.6. e 18.10.7. acima.

18.10.9. Surgindo divergência quanto à interpretação ou extensão do pactuado neste contrato ou quanto à execução das obrigações dele decorrentes, ou constatando-se nele a existência de lacunas, solucionarão as partes tais divergências, de acordo com os princípios da boa-fé, da equidade, da razoabilidade e da economicidade e preencherão as lacunas com estipulações que, presumivelmente, teriam correspondido a aplicação fática dos normativos emanados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.11. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

18.11.1. Os conceitos e definições a seguir integram as Condições Gerais e a Apólice, para todos os efeitos deste contrato de Seguro:

- ⇒ **Acidente Pessoal** é a ocorrência com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico;
- ⇒ **Administradora de Benefícios** é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de **ESTIPULANTE**, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 196/2009.
- ⇒ **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar** é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado e regulado pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar de saúde;
- ⇒ **Apólice** é o documento emitido pela **SEGURADORA** e entregue ao **ESTIPULANTE**, após a aceitação da proposta, que instrumenta o contrato de Seguro;
- ⇒ **Atenção Domiciliar** é o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Possui duas modalidades:

Assistência domiciliar conjunto de atividades de caráter ambulatorial, de baixa complexidade, programadas, desenvolvidas em domicílio.

Internação Domiciliar conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção da equipe de saúde, por no mínimo seis horas diárias, ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

⇒ **Autorização Prévia** é aquela necessária à realização de determinados procedimentos médicos ou hospitalares, mediante solicitação do médico assistente e registro formal, na **SEGURADORA**, dessa solicitação, conforme condições contratuais;

⇒ **Benefícios Especiais** são os serviços assistenciais e/ou coberturas adicionais, garantidos aos Segurados, durante o período de vigência da apólice de assistência médica, conforme disposto nestas Condições Gerais;

⇒ **Cálculo Atuarial** é a avaliação estatística realizada através da análise de informações sobre a frequência de utilização, grupo Segurado e coberturas contratadas, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do seguro e o cálculo dos prêmios mensais;

⇒ **Carência** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual, durante o qual o Segurado não tem direito às coberturas contratadas, embora sejam devidos os pagamentos dos prêmios;

⇒ **Carta de Orientação** é o documento padronizado pela ANS, que visa orientar o proponente sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, a qual será entregue aos proponentes dos planos, na forma do art. 4º, da RN 162/2007, com a redação dada pela RN 195/2009;

⇒ **Cartão de Identificação (ou Cartão Individual de Identificação)** é o documento emitido pela **SEGURADORA** que individualiza o segurado e que contém informações sobre o tipo de acomodação, coberturas parciais temporárias (CPT), carência e outros dados necessários para facilitação do atendimento;

⇒ **Cartão proposta:** é o documento preenchido pelo Segurado Principal, responsável pela própria declaração de saúde, de seus Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, objetivando a contratação do seguro;

⇒ **CID 10** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª revisão;

- ⇒ **CMS** - Coeficiente Médico da **SEGURADORA** - é o valor, expresso em Reais, que serve como base para determinação dos valores de reembolso dos procedimentos cobertos por este Seguro;
- ⇒ **Coligada** é a Sociedade Comercial ou Civil vinculada ao **ESTIPULANTE** mediante participação no seu capital;
- ⇒ **Competência** é o período ao qual se refere o pagamento do prêmio;
- ⇒ **Condições Gerais** são condições contratuais, descritas conforme normas da ANS, respeitando-se o Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis a todos os planos do seguro; Contrato Coletivo por Adesão é aquele que abrange o grupo delimitado e vinculado ao **ESTIPULANTE** ou, no caso de contratação estipulada por Administradora de Benefícios, ao grupo vinculado e delimitado as pessoas jurídicas elegíveis e participantes na condição de Subestipulantes, quando participante da apólice, tendo caráter profissional, classista ou setorial, com adesão espontânea e opcional, incluindo ou não o grupo familiar do SEGURADO PRINCIPAL, sendo o contrato celebrado por intermédio do **ESTIPULANTE** e com cobrança e o pagamento dos prêmios também sob responsabilidade do **ESTIPULANTE**. A vinculação exigida entre o Segurado Titular ligado ao **ESTIPULANTE** ou a pessoa jurídica elegível, quando participante da apólice na condição de Subestipulante, abrangerá: (I) conselhos profissionais e Entidade, quando participante da Apólice de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; (II) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; (III) associações profissionais legalmente constituídas; (IV) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; (V) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições legais; (VI) entidades previstas na Lei nº 7.395/85 e na Lei nº 7.398/85;
- ⇒ **Coparticipação** é o valor percentual de responsabilidade do **ESTIPULANTE** pela utilização das coberturas deste contrato por seus Segurados, não prevista nestas Condições Gerais;
- ⇒ **Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e devidamente registrado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, escolhido pelo **ESTIPULANTE**, que promove contratos de Seguros junto à **SEGURADORA**;
- ⇒ **Cuidador** é a pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o segurado em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- ⇒ **Declaração Pessoal de Saúde** é um documento integrante do Cartão proposta, onde o Segurado Titular presta esclarecimentos sobre sua condição pessoal de saúde e de seus Dependentes

e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, que desejem ingressar no seguro;

⇒ **Doença ou Lesão Preexistente** são aquelas que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao seguro saúde;

⇒ **Eletivo** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, que podem ser realizados em data preestabelecida;

⇒ **ESTIPULANTE** é a pessoa jurídica que celebra o contrato e administra o Seguro em favor do grupo a ele vinculado, responsável pelo pagamento à **SEGURADORA** dos prêmios mensais;

⇒ **Estipulante Administradora de Benefícios** é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de **ESTIPULANTE** ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, na forma trazida pela Resolução Normativa ANS nº 196/09.

⇒ **Evento coberto** 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 Segurado, em decorrência de acidente ou doença, **desde que tenha se verificado durante a vigência do seguro 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 Segurado, com a sua morte, com o término de vigência do contrato e com as demais hipóteses de encerramento da relação contratual (cancelamento, rescisão, resilição, distrato, etc.);

⇒ **Exclusão do seguro saúde por iniciativa do Segurado Titular**: saída do segurado titular ou de seus dependentes e/ou Agregados, quando prevista a contratação na proposta de contratação, a pedido do segurado titular, de contrato coletivo por adesão que permanece vigente, cessando, na data da referida exclusão, todos os direitos referentes ao contrato de seguro saúde que o segurado participava.

⇒ **Guia de Leitura Contratual (GLC)** é o instrumento que visa facilitar aos Segurados uma melhor compreensão dos termos e condições do seguro;

⇒ **Grupo Familiar** é o conjunto dos Dependentes e Agregados, quando prevista a contratação na Proposta de Contratação, do Segurado principal, conforme disposto nestas Condições Gerais;

- ⇒ **Grupo Segurado** é, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente aceitas e incluídas no Seguro, cujas coberturas estejam em vigor;
- ⇒ **Grupo Segurável** é o conjunto de pessoas que apresentam vínculo com o **ESTIPULANTE**, que possam ser incluídas no seguro;
- ⇒ **Hospital-dia** é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial;
- ⇒ **Internação Hospitalar** é a hospitalização do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo);
- ⇒ **Medicação de uso contínuo** entende-se aquela utilizada, cotidianamente ou não, para tratamento de patologias também crônicas, tais como hipertensão, diabetes, artrite reumatóide, patologias neurológicas, degenerativas etc.;
- ⇒ **Médico Assistente:** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- ⇒ **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS)** é um instrumento destinado a informar ao segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de plano privado de assistência à saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes. O MPS deverá ser entregue anteriormente à assinatura da proposta de contratação, segundo o tipo de contratação;
- ⇒ **Natureza jurídica** o contrato de seguro, regido pela Lei 9.656/98, é o instrumento jurídico celebrado entre as partes, de natureza consensual, bilateral, aleatório, indenitário e de boa fé, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária;
- ⇒ **Níveis de reembolso** são os valores máximos estabelecidos nestas Condições Gerais de responsabilidade da **SEGURADORA**, de acordo com o plano contratado, dentre os colocados à disposição dos Segurados;
- ⇒ **Órtese:** é o material usado em atos cirúrgicos para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou para melhorar a função de partes móveis do corpo;

- ⇒ **Patologia ou doença** é o conjunto de alterações físicas e/ou mentais e/ou psíquicas, com repercussões sintomáticas e/ou funcionais, instalado a partir de fatores internos ou externos, inclusive as decorrentes de acidentes;
- ⇒ **Plano** é o conjunto composto pelos diferentes padrões de coberturas, acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal, os quais estão vinculados à apólice de seguro saúde coletiva por adesão.
- ⇒ **Prêmio:** é o valor pago mensalmente pelo **ESTIPULANTE** à **SEGURADORA** como pagamento pelas coberturas previstas na apólice de seguro saúde;
- ⇒ **Prestadora Contratada** é a pessoa jurídica, devidamente habilitada, contratada pela Unimed Seguros Saúde para prestação de serviços deste seguro;
- ⇒ **Procedimento Ambulatorial** é aquele que, embora não necessite internação, precisa de apoio de estrutura hospitalar, por período inferior a 12 horas;
- ⇒ **Proponente** é o candidato a Segurado, em processo de análise para aceitação no Seguro;
- ⇒ **Proposta de Contratação** é o instrumento firmado entre a **SEGURADORA** e o **ESTIPULANTE** que estabelece as condições variáveis e as particularidades do seguro contratado;
- ⇒ **Prótese** é o material, empregado em atos cirúrgicos, que substitui definitivamente órgão ou membro, ou parte de órgão, reproduzindo sua forma e/ou função;
- ⇒ **Protocolos** são os critérios da **SEGURADORA** para análise de concessão de determinados serviços, englobando solicitação de laudos e exames, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgarem necessários;
- ⇒ **Rede Referenciada** é aquela indicada pela **SEGURADORA**, para facilitar o atendimento, sendo o pagamento feito diretamente a esses prestadores, pela própria **SEGURADORA**, sem desembolso por parte do Segurado;
- ⇒ **Rede Unimed** é aquela disponibilizada pelas Cooperativas Unimed, para prestar serviços médicos - hospitalares, sendo o pagamento efetuado diretamente à Cooperativa UNIMED, sem desembolso por parte do Segurado;
- ⇒ **Risco** é a possibilidade de ocorrência do evento coberto;
- ⇒ **Rol de Procedimentos** é a lista publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados, oferecidos pelo seguro saúde;

- ⇒ **Segurado Dependente** é a pessoa física, efetivamente incluída no seguro, vinculada ao SEGURADO PRINCIPAL, conforme definido na Proposta de Contratação/ Condições Gerais, efetivamente incluído no seguro;
- ⇒ **Segurado Principal (Titular)** é a pessoa física que mantém com o **ESTIPULANTE** ou com a pessoa jurídica elegível, quando participante da Apólice na condição de Subestipulante e vinculada ao **ESTIPULANTE**, com relação de caráter profissional, classista ou setorial nos termos da Resolução Normativa ANS 195/2009 e suas posteriores atualizações, desde que devidamente inscritos no presente Contrato;
- ⇒ **SEGURADORA** é a UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., Companhia legalmente autorizada pelo Governo Federal, **registrada na ANS sob o número 00.070-1** e classificada na modalidade **SEGURADORA** especializada em Saúde, que assume as coberturas descritas nas Condições Gerais deste Seguro;
- ⇒ **Sinistralidade** é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do período analisado;
- ⇒ **Sinistro** é a ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições do seguro;
- ⇒ **Subestipulante, quando participante da Apólice** são as pessoas jurídicas elegíveis de caráter profissional, classista ou setorial representada pelos conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS 195/2009 e suas posteriores atualizações, bem como as entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985 e que contratarem a Administradora de Benefícios, na condição de **ESTIPULANTE**, para a viabilização do plano de assistência à saúde, coletivo por adesão e ingressarem no presente instrumento, através do Aditivo de Inclusão de Subestipulante;
- ⇒ **Tabela SIMPRO** é uma publicação especializada em divulgar preços atualizados de materiais e medicamentos de abrangência nacional;

- ⇒ **Termo de Inclusão de Subestipulante** quando participante da Apólice, é o documento pelo qual se formaliza o ingresso da pessoa jurídica elegível ao presente instrumento;
- ⇒ **T.S.** é a **Tabela da UNIMED SEGUROS SAÚDE**, em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada no **3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo** e na **SEGURADORA**, à disposição dos Segurados e do **ESTIPULANTE**, e será entregue por meio magnético ou outro ao **ESTIPULANTE**, que se obriga a disponibilizá-la aos Segurados;
- ⇒ **Vigência** é o período em que estão em vigor as coberturas deste seguro.

67

XIX- ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Fica estabelecido o foro do domicílio do **ESTIPULANTE** para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste contrato.

S-15 V2 07/18