

Contrato AIPESP N.º

VERSÃO
AGOSTO 2009

Unimed



Paulistana

REGISTRO ANS Nº 301.337

AIPESP
ASSOCIAÇÃO DOS INVESTIGADORES DE
POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

UNIPLAN – COLETIVO POR ADESÃO

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Registrado no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica sob o n.º 4279282

SUMÁRIO

1 - OBJETO DO CONTRATO.....	04
2 - CONCEITOS.....	04
3 - USUÁRIOS.....	06
4 - PLANOS.....	06
5 - MUDANÇA DE PLANO.....	08
6 - INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS.....	08
7 - SERVIÇOS COBERTOS PELO CONTRATO.....	10
8 - SERVIÇOS HOSPITALARES.....	12
9 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	13
10 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO.....	14
11 - CARÊNCIAS.....	15
12 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES.....	15
13 - LIMITES FINANCEIROS PARA REEMBOLSO.....	16
14 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA EM LOCALIDADES ONDE NÃO EXISTAM SERVIÇOS DA UNIMED.....	19
15 - PLANO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – PRA.....	19
16 - TRANSPORTE AEROMÉDICO INTER – HOPITALAR – SAFETY AIR..	20
17 - ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	22
18 - COBERTURA INTERNACIONAL.....	23
19 - DISPOSIÇÕES FINAIS.....	24

CONDIÇÕES GERAIS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Contrato que entre si fazem de um lado, como **CONTRATANTE: AIPESP – ASSOCIAÇÃO DOS INVESTIGADORES DE POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, com sede e foro na cidade de São Paulo, com endereço na Av Cásper Líbero nº 535, bairro Santa Efigênia, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 02.146.044/0001-50, e de outro lado, como **CONTRATADA: UNIMED PAULISTANA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com sede na Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 487 - 10º andar, São Paulo-SP, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 43.202.472/0001-30, nos termos seguintes:

1 - OBJETO DO CONTRATO

1.1 – A **CONTRATADA**, na condição de Sociedade Cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o inciso II do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, prestará aos empregados/associados, sindicalizados, filiados, sócios previdenciários ativos e/ou diretores da **CONTRATANTE** e aos seus respectivos Dependentes, abrangidos por este contrato, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência médica, ambulatorial e hospitalar com cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, nas internações normais ou de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde; compreende, ainda, cobertura para a utilização no regime de livre escolha de médicos não cooperados, hospitais e Serviços de Diagnose e Terapia, através do sistema de reembolso, conforme cobertura compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas.

1.2 – Os serviços ora ofertados nos planos **UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL, UNIPLAN SUPREMO E UNIPLAN ABSOLUTO I, II e III** serão prestados pela **CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela contratada**, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, em todos os municípios onde elas exerçam ou venham exercer atividade. Sendo os serviços prestados por cooperativa UNIMED que não a ora **CONTRATADA**, porventura existente onde se encontrar o Usuário, são assegurados os direitos deste contrato, **sempre de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento local.**

1.2.1 - Os beneficiários dos planos **ORIGINAL ENFERMARIA** e **ORIGINAL APARTAMENTO** serão atendidos por médicos cooperados e usufruirão de serviços de diagnose / terapia e hospitais credenciados, serviços estes que serão prestados exclusivamente nos municípios de atuação da Unimed Paulistana: Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra.

2 - CONCEITOS

Para os fins deste contrato, ficam expressas nas condições gerais os seguintes conceitos:

2.1- **ACIDENTE PESSOAL** - É todo evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar em caráter de urgência ou tratamento ambulatorial do Usuário.

2.2 – **AMBULATÓRIO** – É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.

2.3 - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** – Compreende os atendimentos realizados em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.

2.4- **CARÊNCIA** – É o espaço de tempo durante o qual os Usuários da **CONTRATANTE**, mesmo pagando o valor mensal do Plano de Saúde, não têm direito a determinadas coberturas.

2.5- **COBERTURA** - É a garantia, nos parâmetros previstos neste contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras dos serviços ao Usuário regularmente cadastrado no contrato.

2.6 – **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** – É a cobertura concedida pela **CONTRATADA** ao Usuário durante o período de 720 (setecentos e vinte) dias, contados a partir da data de vigência do contrato, excluídos os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, no caso de doenças preexistentes.

2.7 – **CONDIÇÕES GERAIS** – Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da **CONTRATADA** como da **CONTRATANTE**.

2.8- **COOPERADOS** - São os médicos associados da UNIMED PAULISTANA, constantes do Guia Médico e os Cooperados do Sistema Nacional Unimed.

2.9 – **CUSTO OPERACIONAL** - É a modalidade em que a **CONTRATANTE** paga à **CONTRATADA** os serviços prestados ao Usuário, tendo por base os custos dos prestadores, acrescidos de taxa administrativa.

2.10 - **DOENÇA** - É qualquer perturbação das condições físicas do Usuário, caracterizada como processo mórbido, que exija tratamento médico e não se enquadre na classificação de acidente pessoal.

2.11 – **DOENÇA AGUDA** – É toda doença de instalação súbita, causadora de morbidade provisória e, na grande maioria dos casos, reversível a tratamento.

2.12- **DOENÇA CONGÊNITA** - É toda doença com a qual o indivíduo nasce, hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, com manifestação a qualquer tempo.

2.13- **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** - São aquelas que o Usuário tenha conhecimento no momento da sua inclusão no Plano de Saúde.

2.14 – **EMERGÊNCIA** – São os casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

2.15- **EVENTO** - É todo conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar, verificados após o início de vigência da cobertura a que se refere este contrato, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do participante deste plano, decorrente de acidente pessoal ou doenças cobertas. O

evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica concedida ou pedida, com o óbito ou com o abandono do tratamento por parte do paciente, observados os parâmetros estabelecidos neste contrato.

2.16- GUIA MÉDICO – É o Manual de orientação ao Usuário sobre os procedimentos para a utilização do plano de saúde da Unimed Paulistana, bem como a lista dos cooperados e serviços credenciados para o atendimento pelo Sistema Nacional Unimed.

2.17 – FICHA DE ADESÃO - É o documento pelo qual a **CONTRATANTE** informa à **CONTRATADA** a opção de plano, os dados pessoais dos Usuários e respectivos dependentes, além das condições de saúde dos mesmos, para fins de avaliação e aceitação do risco.

2.18 – REEMBOLSO PARA URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS – É o pagamento ao Usuário das despesas realizadas com tratamentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos, desde que decorrentes de eventos cobertos até os limites de valores estabelecidos na modalidade do plano contratado e previstos na cláusula 14.

2.19 – REEMBOLSO PARA LIVRE ESCOLHA – É o pagamento ao Usuário das despesas realizadas com consultas médicas, tratamentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos, desde que decorrentes de eventos cobertos até os limites de valores estabelecidos na modalidade do plano contratado e previstos na cláusula 13.

2.20- TABELA DE REEMBOLSO DA UNIMED PAULISTANA (TRUP) – Listagem referencial de procedimentos médicos e dos serviços ambulatoriais, hospitalares e obstétricos passíveis de reembolso, cujos parâmetros estão definidos nos termos deste Contrato.

2.21 – URGÊNCIA – São os casos resultantes de Acidentes Pessoais ou de complicações no processo gestacional.

2.22 - USUÁRIOS - Todas as pessoas incluídas neste contrato e que dele poderão usufruir.

3 – USUÁRIOS

3.1 - TITULARES

São considerados Usuários Titulares os empregados / associados / sindicalizados / filiados / sócios previdenciários ativos e/ou diretores da **CONTRATANTE**, que expressamente aderirem ao Contrato, exceção àqueles empregados que na data do início do contrato estejam afastados do trabalho por motivo de doença.

3.2 - DEPENDENTES

3.2.1 - O cônjuge;

3.2.2 - Os (as) filhos(as) solteiros(as) ou tutelados (as) até 24 anos;

3.2.4 - Os filhos ou filhas solteiros (as) inválidos (as);

3.2.5 - A (O) companheira (o) que comprove união estável conforme Lei Civil.

4 – PLANOS

4.1 – O **USUÁRIO TITULAR** poderá optar entre os seguintes planos, observando os serviços ofertados em cada um deles:

- ORIGINAL ENFERMARIA
- ORIGINAL APARTAMENTO
- UNIPLAN PADRÃO ENFERMARIA
- UNIPLAN PADRÃO APARTAMENTO
- UNIPLAN INTEGRAL
- UNIPLAN SUPREMO
- UNIPLAN ABSOLUTO I
- UNIPLAN ABSOLUTO II
- UNIPLAN ABSOLUTO III

4.2 - **TIPO DE ACOMODAÇÃO** - Para os diferentes planos serão oferecidas as seguintes possibilidades de acomodação:

Plano Original Enfermaria: Acomodação coletiva na rede credenciada respectiva constante no Guia Médico.

Sem benefício adicional.

Plano Original Apartamento: Acomodação individual e direito a acompanhante, na rede credenciada respectiva constante no Guia Médico.

Sem benefício adicional.

Plano Uniplan Padrão Enfermaria: Acomodação em enfermaria, dispondo dos seguintes benefícios agregados: PRA – Plano de Remissão Assistencial, Transporte Aeromédico Inter-Hospitalar (Safety Air) e Assistência Funeral.

Plano Uniplan Padrão Apartamento: Acomodação em apartamento com banheiro privativo e direito a acompanhante, dispondo do seguinte benefício adicional: PRA – Plano de Remissão Assistencial.

Plano Uniplan Integral: Acomodação em apartamento com banheiro privativo e direito a acompanhante, dispondo dos seguintes benefícios agregados: PRA - Plano de Remissão Assistencial, Transporte Aeromédico Inter-Hospitalar (Safety Air) e Assistência Funeral.

Plano Uniplan Supremo: Acomodação em apartamento com banheiro privativo e direito a acompanhante com rede hospitalar diferenciada, dispondo dos seguintes benefícios agregados: PRA - Plano de Remissão Assistencial, Transporte Aeromédico Inter-Hospitalar (Safety Air) e Assistência Funeral.

Planos Uniplan Absoluto I, Uniplan Absoluto II e Uniplan Absoluto III: Acomodação em apartamento com banheiro privativo e direito a acompanhante, com rede hospitalar diferenciada e livre escolha (reembolso) para consultas médicas, tratamentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e laboratoriais. Dispõe dos seguintes benefícios agregados: PRA – Plano de Remissão Assistencial, Transporte Aeromédico Inter-Hospitalar (Safety Air), Assistência Funeral e Cobertura Internacional.

4.2.1 - Acomodação para 01 (hum) acompanhante durante a internação de Usuário menor de até 18 (dezoito) anos, com acatamento do regime interno do estabelecimento hospitalar, e a critério do médico assistente, observadas as restrições previstas na Cláusula 8 deste contrato.

4.2.2 - As despesas ordinárias de acompanhantes serão pagas em separado pelo Usuário ou seu responsável, não se incluindo na cobertura do plano.

5 – MUDANÇA DE PLANO

5.1 - Cumpridas as carências contratuais, através da **CONTRATANTE**, o Usuário Titular, junto com os seus Dependentes, terão direito a requerer transferência de um tipo de Plano para outro. Essa faculdade, porém, só poderá ser exercida uma única vez, no mês de aniversário do contrato, aproveitando as carências contratuais já cumpridas.

6 – INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

6.1 – A **CONTRATANTE** obriga-se a fazer constar expressamente na Proposta de Adesão fornecida pela **CONTRATADA**, todas as informações solicitadas e, principalmente, os nomes e qualificações completas dos Usuários Titulares, Dependentes, ficando assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a devida comprovação, sempre que julgar necessário.

6.2 – Os Usuários Titulares devem preencher e assinar Declaração de Saúde, na qual especifiquem expressamente as doenças ou lesões de que saibam serem portadores e/ou sofredores eles próprios e/ou seus dependentes na data do início da vigência do contrato. Devem declarar, também, que se submeteram, para esta finalidade, a entrevista qualificada por médico de sua escolha, dentre aqueles referenciados pela **CONTRATADA**, conforme documento anexo, que fica fazendo parte do instrumento contratual para todos os efeitos.

6.2.1 – Frisa-se que a inscrição dos Usuários somente efetivar-se-á após aprovação pela UNIMED PAULISTANA das Declarações de Saúde, aplicando-se o dispositivo de Cobertura Parcial Temporária para os Usuários que sejam portadores de lesões ou doenças preexistentes constantes nas Declarações de Saúde.

6.2.2 – Constatando-se omissão ou falsidade nas declarações contidas na presente cláusula, a adesão do Usuário Titular – e respectivos Dependentes – ao contrato será rescindida por fraude, de acordo com a faculdade contida no art. 13, II, da Lei n. 9.656/98, ficando o USUÁRIO TITULAR obrigado a ressarcir a **CONTRATANTE** por todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes, despesas essas que faturará a **CONTRATADA** contra a **CONTRATANTE**.

6.2.3 – Os Usuários cadastrados no início da vigência do contrato sujeitar-se-ão ao cumprimento das carências constantes na cláusula 11.

6.3 – A inscrição de cônjuge, filho natural não nascido de parto coberto pela **CONTRATADA**, ou filho adotivo de até 12 anos de idade, deverá ocorrer dentro de 30 (trinta) dias após o casamento, nascimento, ou adoção, mediante preenchimento da respectiva Declaração de Saúde; constatadas doenças e/ou lesões preexistentes, haverá a aplicação de Cobertura Parcial Temporária específica para a afecção em questão, com

aproveitamento das demais carências já cumpridas pelo Usuário Titular. Inclusões ocorridas após o prazo de 30 (trinta) dias cumprirão carências integrais, bem como para filhos adotivos maiores de 12 anos de idade. No caso de filho natural nascido de parto coberto pela **CONTRATADA**, desde que incluído nos primeiros 30 dias de vida, não haverá a aplicação de qualquer tipo de carência.

6.4 - Aos Usuários será fornecida, pela **CONTRATADA**, cartão de identificação, permitindo o acesso aos serviços credenciados/cooperados de todas as cooperativas médicas Unimed, onde constará o plano escolhido pelo Usuário, cuja apresentação acompanhada do documento de identidade, é indispensável para qualquer atendimento.

6.5 - Consiste obrigação do USUÁRIO TITULAR, quando da exclusão de Usuário(s), recolher e devolver à **CONTRATANTE** a documentação que possibilite a utilização do sistema vigente. O ônus decorrente de utilização do sistema sem cobertura por Usuário excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva do USUÁRIO TITULAR, ficando a **CONTRATANTE** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança do USUÁRIO TITULAR dos custos incorridos. Esses custos serão faturados pela **CONTRATADA** contra a **CONTRATANTE**.

6.6 – Em caso de exclusão do Usuário Titular, os seus respectivos dependentes serão automaticamente excluídos na mesma data.

6.7 – Caso o Usuário Titular seja desligado por demissão sem justa causa, o mesmo poderá se inscrever junto com seus Dependentes em plano equivalente se assumir o pagamento antes realizado pela **CONTRATANTE (adequado por faixa etária)**, por um período de 1/3 do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da sua admissão na **CONTRATADA**, desde que comprovada pela **CONTRATANTE** através de documento oficial a sua co-participação fixa no preço do Plano de Saúde, de conformidade com a Lei nº 9656/98, alterações e complementações.

6.7.1 – O referido benefício é extensivo exclusivamente para os Usuários Dependentes regularmente cadastrados no contrato na data de ocorrência do evento.

6.7.2 – A manutenção desta condição se encerrará quando da admissão do Usuário Titular em outro emprego.

6.7.3 – Caso ocorra o óbito do Titular na fluência do prazo acima referido, os Dependentes poderão continuar com o plano equivalente, assumindo o pagamento das mensalidades.

6.8 – Ocorrendo a aposentadoria do Usuário Titular que esteja incluído em plano coletivo de saúde da **CONTRATANTE** há pelo menos 10 (dez) anos, será assegurado a ele e a seus Dependentes o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades e que seja comprovada a sua co-participação fixa no preço do Plano de Saúde, de conformidade com a Lei nº 9656/98, alterações e complementações, adequando-o à faixa etária correspondente.

6.8.1 – O referido benefício é extensivo exclusivamente para os Usuários Dependentes regularmente cadastrados no contrato na data de ocorrência do evento.

6.8.2– Caso o período de permanência do Usuário Titular no plano seja inferior a 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que o mesmo se manteve no plano de saúde da **CONTRATANTE**, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e que seja comprovada a sua co-participação fixa no preço do Plano de Saúde, de conformidade com a Lei nº 9656/98, alterações e complementações, adequando-o à faixa etária correspondente.

6.8.3 – Caso ocorra o óbito do Titular na fluência do prazo acima referido, os Dependentes poderão continuar com o plano equivalente, assumindo o pagamento das mensalidades.

6.9 – O USUÁRIO TITULAR obriga-se a comunicar à **CONTRATADA** (através da corretora autorizada: MED COMPANY), por escrito, até o dia 15 de cada mês, as inclusões, alterações, transferência de plano (esta só poderá ser feita no aniversário do contrato) e cancelamento ou exclusões de usuários para os efeitos deste contrato, sempre com vigência para o dia 1º (primeiro) do mês subsequente. As inclusões e cancelamentos ou exclusões serão considerados após o recebimento da comunicação pela **CONTRATADA** (através da corretora autorizada: MED COMPANY).

6.10 – As inclusões de Titulares feitas até o dia 15 de cada mês terão vigência a partir do 1º (primeiro) dia mês subsequente.

6.11 – No caso de cancelamento do contrato por qualquer motivo, os cartões de identificação do Usuário Titular, bem como de seus Dependentes, devem ser devolvidos à **CONTRATANTE** (Corretora Autorizada: Med Company) e inutilizados.

As despesas decorrentes da utilização prevista no contrato, efetuadas pelo Usuário Titular, Dependentes, após o cancelamento são de total responsabilidade do Usuário Titular junto a **CONTRATANTE**.

O custo dos atendimentos realizados indevidamente, apontados pela **CONTRATADA**, serão repassados a **CONTRATANTE** que os cobrará do Usuário Titular, podendo ser cobrados da mesma forma prevista para a mensalidade.

6.12 – O disposto nos sub-itens 6.7 e 6.8 aplicar-se-á somente para ex-funcionários da **CONTRATANTE**, não sendo extensivo a Usuários Titulares com vínculo associativo/sindical ou sócios previdenciários.

7 – SERVIÇOS COBERTOS PELO CONTRATO

Serão prestados aos Usuários da **CONTRATANTE** os seguintes atendimentos: Serviços Médicos, Exames Complementares, Serviços Auxiliares e Serviços Hospitalares, em conformidade com a LEI 9.656/98, suas alterações e complementações. Fica abrangida, outrossim, a cobertura à Acidentes do Trabalho.

7.1 – Os Usuários dos planos **ORIGINAL, UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO** serão atendidos por médico cooperado em consultório, clínica, laboratório, pronto-socorro, hospital credenciado ou próprio.

7.1.1 – Os Usuários dos planos **UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III** além do atendimento por médico cooperado em consultório, clínica, laboratório, pronto-socorro, hospital credenciado ou próprio, poderão utilizar serviços particulares de livre escolha com posterior reembolso, conforme limites financeiros previstos na cláusula 13.

7.2 – O atendimento será feito mediante apresentação do cartão de identificação do Usuário e de um documento oficial de identidade, observados os prazos de carências e a necessidade de autorização prévia para alguns serviços.

7.3 – Observadas as coberturas contidas neste contrato, os Usuários terão direito a:

- Consultas e Tratamentos
- Exames Complementares
- Atendimentos em Prontos-Socorros em caráter de urgência/emergência
- Internações Hospitalares

7.4 – Os serviços de Assistência Médica e Hospitalar objeto deste contrato serão prestados em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

7.5 – **Para os Usuários dos planos ORIGINAL, UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO** os exames abaixo relacionados poderão ser realizados apenas com requisição de médico cooperado, não havendo necessidade de autorização por parte da **CONTRATADA**, desde que os Usuários a eles tenham direito, seguindo as coberturas contratuais. **Para os Usuários dos planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III, a requisição poderá ser feita por médico não cooperado, desde que os Usuários tenham direito a tal escolha.**

- Análises Clínicas (Laboratórios)
- Audiometria
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma convencional
- Endoscopia Digestiva
- Raios X
- Ultrassonografia

7.6 – **Todos os demais exames e procedimentos necessitarão de autorização prévia.**

7.7 – **A CONTRATADA** somente autorizará exames, procedimentos e internações eletivas, se requisitados por médicos cooperados **para os Usuários dos planos ORIGINAL, UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO, e também por médicos não cooperados para os Usuários dos planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III**, observados os prazos de carências da Cláusula 11.

7.8 – **O contrato prevê cobertura para os seguintes procedimentos**

- Escleroterapia e tratamento esclerosante: limitado até 10 (dez) aplicações/sessões/Usuário/ano de vigência
- Psicomotricidade e Fonoaudiologia: limitados até 30 (trinta) sessões para cada tipo de terapia/Usuário/ano de vigência
- Acupuntura: limitado até 10 (dez) sessões/usuário/ano de vigência

7.9 – **Remoções de Pacientes em Ambulância.**

Estarão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar de pacientes em ambulância dentro do perímetro urbano quando satisfeitas cumulativamente as seguintes condições e tenham os mesmos a autorização prévia da **CONTRATADA**:

- a) que a remoção seja solicitada e justificada pelo médico prestador da assistência, através de relatórios comprovando a impossibilidade de locomoção do paciente por meios convencionais;

- b) que a ambulância seja destinada ao atendimento de Usuário internado em hospital constante no Guia Médico, exceto para o Usuário cadastrado nos Planos **UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II ou UNIPLAN ABSOLUTO III**, cuja remoção estará garantida, mesmo que o hospital não seja credenciado.
- c) Nos casos em que o Usuário esteja nos Planos **UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II ou UNIPLAN ABSOLUTO III** e os serviços de remoção inter-hospitalar sejam executados por serviços não credenciados da **CONTRATADA**, o reembolso previsto será equivalente aos valores praticados pela **CONTRATADA**.

7.10 – Caso o serviço prestado esteja em desacordo com os itens deste contrato, o **USUÁRIO TITULAR** responderá por todas as despesas decorrentes.

8 – SERVIÇOS HOSPITALARES

8.1 – Os serviços hospitalares serão prestados pelos hospitais gerais, especializados, maternidades, prontos-socorros com os quais a **CONTRATADA** mantém convênio. O atendimento hospitalar contempla:

- a) Assistência Médica e Internação;
- b) Serviços de Diagnóstico e Terapia;
- c) Anestesia e Cirurgia;
- d) Alimentos, Medicamentos e Materiais necessários ao atendimento;
- e) Diárias, Taxas de Sala e outras taxas, conforme o padrão do plano escolhido;
- f) Maternidade e Berçário;
- g) U.T.I. - Adulto, Infantil ou Neonatal;
- h) Serviços Gerais de Enfermagem.

8.2 - Em caso de internação serão incluídos na diária do paciente: a alimentação mesmo quando se tratar de dieta especial, a lavanderia, os serviços higiênicos, a enfermagem durante o período de internação.

8.3 – Os Usuários dos planos UNIPLAN ORIGINAL, UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO terão direito a Internação Eletiva (Programada), em hospitais credenciados pela **CONTRATADA** e mediante autorização prévia que deverá ser obtida na sede da **CONTRATADA**, com no mínimo **2 (dois) dias** de antecedência, observando-se o cumprimento das carências previstas na Cláusula 11. **Para os Usuários dos planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III, os hospitais não necessitam ser credenciados; entretanto, a prática do reembolso estará condicionada ao cumprimento das carências constantes na cláusula 11.**

8.4 – Em caso de urgência, a autorização deverá ser solicitada em até 24 horas subseqüentes ao atendimento, observadas as restrições previstas nas Cláusulas 10 e 11 deste contrato.

8.5 – Observados os prazos de carências, os Usuários terão direito aos seguintes períodos de internação por ano:

As diárias compreendidas entre a internação feita pelo médico responsável e a alta hospitalar por ele dada não terão limite de dias, sendo, portanto, permitidos:

- 365 dias contínuos ou não, por ano civil, incluídos dias de permanência em U.T.I. adulto, infantil ou neonatal, Unidade Coronariana ou Unidade Respiratória.

8.6 – Nas emergências clínicas, cirúrgicas ou obstétricas, os atendimentos serão aqueles colocados à disposição dos Usuários pelos hospitais credenciados, observadas as restrições previstas nas Cláusulas 10 e 11 deste contrato. **Para os planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III, o reembolso na utilização de serviços particulares, seguirá o disposto na cláusula 10, desde que cumpridas as carências contratuais.**

8.7 – Para os casos de urgência e emergência, não resultantes de acidente pessoal, estando o Usuário em carência o procedimento a ser realizado conforme Cláusula 11, haverá cobertura apenas para as primeiras 12 horas do atendimento, não sendo garantida, portanto, a cobertura para internação.

8.8 – Quando os Usuários escolherem acomodações superiores àquelas indicadas em sua Proposta de Adesão e constantes do seu Cartão de Identificação, deverão pagar a diferença entre diárias, taxas hospitalares e honorários médicos diretamente ao hospital ou médico cooperado, providenciando o depósito referente à diferença entre os dois tipos de acomodação.

8.9 – Para os planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III, não está previsto mudança de acomodação superior diferente àquela indicada pelos Usuários na Proposta de Adesão. Portanto, não poderá haver alteração entre os planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III no ato do atendimento aos Usuários.

8.10 – Faculta-se à **CONTRATADA**, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, devendo o mesmo comunicar as alterações à **CONTRATANTE** com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei.

8.10.1 – Nos casos de Usuários internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a **CONTRATADA** garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar.

9 – SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

9.1 – Este contrato garante a cobertura para saúde mental com os seguintes limites:

9.1.1 – Atendimento ambulatorial: até 12 semanas de tratamento para as psicoterapias de crise (limitadas a 12 sessões por ano de contrato).

9.1.2 – Atendimento Hospitalar:

a) Até 30 dias de internação por ano para os tratamentos de crise, com exceção dos casos de dependência química ou alcoolismo;

b) Até 15 dias de internação por ano para os casos de dependência química ou alcoolismo;

c) Para os itens “a” e “b” deverá ser observada a carência prevista na cláusula 11, inciso “b”.

10 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

- 10.1 – Todos os eventos que não tenham indicação médica ou que não forem solicitados por médicos.
- 10.2 – Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial decorrente de acidente pessoal na vigência do contrato e que requeira de ambiente hospitalar;
- 10.3 – Atos que contrariem a ética médica;
- 10.4 – Implantes e transplantes (com exceção de rins e córnea);
- 10.5 – Atendimentos nos casos de calamidade pública, guerras, revoluções, epidemias e atos da natureza;
- 10.6 – Próteses e Órteses não ligadas a atos cirúrgicos;
- 10.7 – Inseminação artificial;
- 10.8 – Medicamentos importados não nacionalizados;
- 10.9 – Visitas domiciliares;
- 10.10 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 10.11 – Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, exceto os procedimentos relativos a obesidade mórbida, desde que devidamente comprovada por laudo médico;
- 10.12 – Todas as despesas com acompanhantes; Dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal e toalete; serviços extraordinários requeridos pelo Usuário tais como telefone, frigo-bar, estacionamento. Caso tais despesas ocorram, deverão ser pagas em separado pelo paciente ou responsável, não se incluindo em qualquer um dos planos;
- 10.13 – Medicamentos que não sejam ministrados aos pacientes em ambiente ambulatorial ou hospitalar;
- 10.14 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 10.15 – Vacinas;
- 10.16 - Psicologia, RPG, Terapia Ocupacional e outras especialidades paramédicas, com exceção de procedimentos fisioterápicos reconhecidos pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) e constantes do Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e vigente na data do evento.

Parágrafo Único: Qualquer atendimento fora do previsto neste contrato, decorrente de imposições legais será cobrado do **USUÁRIO TITULAR**.

11 – CARÊNCIAS

11.1 – Para o atendimento contratualmente previsto, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carências, que serão contados a partir do início de vigência do usuário:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente. Para os casos de urgência e emergência não resultantes de acidente pessoal, estando o usuário em carência para o procedimento a ser realizado, haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas para as primeiras 12 horas do atendimento, não estando garantido, portanto, cobertura para internação.
- b) 120 (cento e vinte) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos especiais, exceto os previstos na letra “c” desta cláusula;
- c) 300 (trezentos) dias para partos e suas conseqüências;
- d) Aos Usuários que no ato de sua inclusão ao contrato sejam portadores de lesões ou doenças preexistentes, constantes ou não nas Declarações de Saúde que fazem parte do presente instrumento, será aplicado o dispositivo de Cobertura Parcial Temporária, de conformidade com o Rol de Procedimentos vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seguindo o critério do prazo de espera de 720 (setecentos e vinte) dias, contados da data de inclusão de cada Usuário, para que tenham direito ao uso dos seguintes serviços: Procedimentos cirúrgicos; Procedimentos de alta complexibilidade e Internações em leito de alta tecnologia.
- e) 240 (duzentos e quarenta) dias para Remissão Assistencial, conforme previsto na cláusula 15.
- f) 30 (trinta) dias para Transporte Aeromédico Inter-Hospitalar (Safety Air), conforme previsto na cláusula 16.
- g) 120 (cento e vinte) dias para Assistência Funeral, conforme previsto na cláusula 17.
- h) 30 (trinta) dias para Cobertura Internacional, conforme previsto na cláusula 18.

12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES

12.1 - O presente Contrato é firmado na condição de Pré-Pagamento que consiste no faturamento mensal antecipado do total dos valores das mensalidades estipuladas para os planos de saúde previstos no contrato.

12.2 – Os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos Usuários Titulares e Dependentes deste Contrato dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada Usuário, conforme os percentuais a seguir:

Alteração de Idade	Original Enf.	Original Ap.	Padrão. Enf.	Padrão. Ap.	Integral	Supremo	Absoluto I	Absoluto II	Absoluto III
	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste	Reajuste
- para 19 anos	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%	28,00%
- para 24 anos	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
- para 29 anos	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%	2,94%
- para 34 anos	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%	9,29%
- para 39 anos	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%	14,38%
- para 44 anos	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%	40,00%
- para 49 anos	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%	33,88%
- para 54 anos	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%	12,20%
- para 59 anos	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%	63,05%

12.3 – Todos os preços previstos neste contrato, expressos em moeda corrente do País, serão fixos e não sofrerão reajuste pelo período de 12 (doze) meses conforme lei econômica vigente. Decorridos os doze primeiros meses, haverá reajuste conforme lei vigente e os índices setoriais que reflitam a variação dos custos dos serviços de Assistência Médica, pela vontade das partes.

12.3.1 – O reajuste ocorrerá anualmente na data base do Contrato (mês de junho de cada ano), conforme cláusula 19.1, independente da Data de Adesão do Usuário, Dependentes a este Contrato.

12.4 – A avaliação dos preços estará sujeita ainda à adoção pela **CONTRATADA** de novos métodos de diagnósticos e terapia que sejam reconhecidos pela sociedade médica e também adotados na prática médico-cirúrgica e hospitalar e que não estejam mencionados neste contrato, os quais poderão ser inseridos desde que autorizado pela **CONTRATANTE**, o que determinará a revisão dos preços contratualmente pactuados.

12.5 – Ocorrendo o descrito nas cláusulas 12.3 e 12.4, a **CONTRATADA** remeterá à **CONTRATANTE**, tabela contendo a expressão das alterações e os novos preços a vigorarem no mês posterior à comunicação, pela vontade das partes.

12.6 – A falta de pagamento da fatura mensal na data do seu vencimento acarretará a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura em mora e mais juros compensatórios de 1% (hum por cento) ao mês.

13 – LIMITES FINANCEIROS PARA REEMBOLSO

13.1 - Exclusivamente para os planos que prevêm atendimentos médicos/hospitalares eletivos em regime de livre escolha, denominados UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III, os limites máximos de despesas passíveis de reembolso serão calculados multiplicando-se os valores da base de cálculo pelo fator de reembolso específico de cada plano, conforme tabela a seguir:

Procedimento Base para Reembolso	UNIPLAN ABSOLUTO I	UNIPLAN ABSOLUTO II	UNIPLAN ABSOLUTO III
Diárias e Despesas Hospitalares e Ambulatoriais	2 x TRUP	4 x TRUP	6 x TRUP
Consultas Médicas	4 X AMB/92	6 X AMB/92	10 X AMB/92
Exames Complementares	2 X AMB/92	4 X AMB/92	6 X AMB/92
Honorários Médicos Ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Terapia	2 X AMB/92	4 X AMB/92	6 X AMB/92
Honorários Médicos de Internação	2 X AMB/92	4 X AMB/92	6 X AMB/92
Medicamentos	Guia Farmacêutico Brasíndice	Guia Farmacêutico Brasíndice	Guia Farmacêutico Brasíndice
Materiais	Preço de Mercado	Preço de Mercado	Preço de Mercado

Tabela Referencial AMB/92

13.2 - O reembolso de despesas médico-hospitalares para os planos **UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II ou UNIPLAN ABSOLUTO III** só poderá ser solicitado quando envolverem procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, restritos às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Procedimentos não previstos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar não serão ressarcidos por critério de similaridade.

13.2.1 – Usuários que utilizem serviços de médicos **não** cooperados do Sistema Nacional Unimed, fora da área de atuação da **CONTRATADA**, deverão dar seqüência ao uso de serviços de diagnóstico, terapia e internações, através do Sistema de Livre Escolha com posterior reembolso, conforme parâmetros constantes na opção de plano em que estiver cadastrado o Usuário.

13.3 - Para solicitação do reembolso, o Usuário deverá preencher formulário próprio da **CONTRATADA** e anexar os seguintes documentos para apreciação do pedido:

- relatório médico constando o nome do Usuário, a data e circunstâncias do atendimento, os procedimentos realizados, discriminação de funções da equipe, CPF/CNPJ e CRM de todos os envolvidos;
- discriminação dos serviços prestados, com os respectivos preços unitários;
- recibos e notas referentes às despesas apresentadas.

13.4 - A solicitação de reembolso deverá ser protocolada na Central de Atendimento da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da realização do atendimento e a liberação dos valores cabíveis por parte da CONTRATADA ocorrerá no prazo de 15 (quinze) dias úteis a partir da data de solicitação.

13.4.1 - Excepcionalmente, para internações de longa permanência (superiores a 30 dias) é facultado que o responsável pelo paciente entregue a solicitação de reembolso a cada 15 dias

na Central de Atendimento ou locais que venham a ser indicados pela CONTRATADA. O reembolso se dará conforme o item 13.4.

13.5 - Para o cálculo dos valores de reembolso de honorários médicos e de fisioterapia será adotada a seguinte metodologia, independentemente do padrão de acomodação, horário ou data de atendimento:

13.5.1- Procedimentos constantes da Tabela Referencial AMB/92: será considerado o valor nominal expresso nessa tabela, multiplicado pela média dos coeficientes monetários vigentes para pagamento da rede credenciada à **CONTRATADA** para atendimento a plano equivalente, quando será obtido o valor em Real a ser multiplicado pelo fator de reembolso específico do plano, conforme disposto na cláusula 13.1.

13.5.2 - Na hipótese do procedimento não constar da Tabela Referencial AMB/92, tomar-se-á por base o valor nominal em reais expresso na Lista de Procedimentos Médicos da AMB em que primeiro conste o referido procedimento, a partir da versão 99, o qual será multiplicado pelo fator de reembolso específico do plano, conforme disposto na cláusula 13.1.

13.6 – Diárias hospitalares e taxas de serviços serão calculadas com base na **Tabela de Reembolso Unimed Paulistana (TRUP)**, elaborada com base em preços médios de mercado para o padrão de plano contratado, vigente à época da ocorrência do evento, e que faz parte integrante deste contrato, registrada no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos, a qual sofrerá reajuste com periodicidade anual baseado nas médias atuais dos índices oficiais de mercado, sempre no mês de junho, após completado um ano de seu registro.

13.7 – Medicamentos, anestésicos e contrastes utilizados durante o período de internação hospitalar ou nos atendimentos de Urgência/Emergência em Pronto-Socorro, terão como base de cálculo os valores constantes do Brasíndice (Guia Farmacêutico) com ICMS referente ao Estado de São Paulo, vigentes na data de sua utilização. Medicamentos importados não são cobertos por este contrato, não sendo passíveis de reembolso.

13.8 - Materiais hospitalares utilizados durante o período de internação hospitalar ou nos atendimentos de Urgência/Emergência em Pronto-Socorro, terão como base de cálculo os valores constantes do Guia Simpro vigentes na data de sua utilização, acrescidos de taxa de comercialização de 10 %. Materiais importados somente serão cobertos se registrados no Ministério da Saúde. No caso específico de procedimentos ortopédicos, a quantidade de material passível de utilização será baseada na Tabela Apamo e os valores seguirão os constantes do Guia Simpro.

13.9 – Itens passíveis de cobertura e não constantes das tabelas referenciais citadas, serão reembolsados com base nos preços médios de mercado, tendo por referência os valores praticados pela **CONTRATADA** junto a rede credenciada para atendimento a plano equivalente, vigentes na data da utilização.

13.10 - Não são passíveis de reembolso: procedimentos não constantes do Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, alimentação de acompanhante, acomodação do acompanhante em ambiente diferente do ocupado pelo enfermo, despesas com serviços extraordinários, tais como: telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, alimentação diferente daquela prescrita pelo médico assistente.

13.11 - Será caracterizado retorno de consulta, o período que não ultrapasse 30 (trinta) dias da primeira consulta, tratando-se do mesmo médico e especialidade. Caso o Usuário retorne durante esse período, não será considerada uma nova consulta, não tendo assim direito ao reembolso.

13.12 - Os materiais a serem reembolsados são os nacionais e de acordo com o preço de mercado na data do evento.

13.13 – Exclusivamente, em casos de atendimentos caracterizados como urgência ou emergência, nos planos **ORIGINAL, UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO**, quando se demonstrar que o Usuário não teve condições de usar os serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, este terá direito a reembolso da despesa decorrente nos limites previstos na cláusula 14.

14 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA EM LOCALIDADES ONDE NÃO EXISTAM SERVIÇOS DA UNIMED

14.1 - Os Usuários que residam em localidades fora da área de atuação da **CONTRATADA** serão atendidos através do Sistema Nacional UNIMED, obedecendo as normas operacionais do intercâmbio entre as Cooperativas UNIMEDs.

14.2 - Em casos de urgência/emergência comprovada e desde que em trânsito nas localidades onde não há UNIMED, os Usuários poderão utilizar-se dos serviços médicos e hospitalares locais, sendo reembolsados posteriormente nos termos deste contrato, em conformidade com o plano no qual estiverem incluídos.

14.3 - A **CONTRATADA** não se responsabiliza pelo reembolso de quaisquer serviços utilizados fora daqueles pertinentes ao contrato e adequados ao plano em que estiver inscrito o Usuário, quer de natureza médica e hospitalar, quer de exames complementares e serviços auxiliares.

14.4 - Desde que apresentando relatório médico circunstanciado e justificador, acompanhado dos recibos e notas de despesas originais com respectivos discriminativos, no prazo de 30 (trinta) dias do evento ou alta hospitalar os reembolsos serão efetuados nas seguintes bases:

Procedimento Base para Reembolso	PLANOS ORIGINAL E PADRÃO – Enf. e Apto.	PLANOS UNIPLAN INTEGRAL E SUPREMO
Honorários Médicos e Exames	1 X TRUP	2 X TRUP
Despesas Hospitalares	1 X TRUP	2 X TRUP

14.5 - Atendimento de Urgência/Emergência em Trânsito para os Planos UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III.

Os Usuários desses planos, caso utilizem serviços particulares não credenciados, terão direito ao reembolso de despesas assistenciais, nos limites da tabela prevista na cláusula 13.

15 - PLANO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – PRA

15.1 - Quando do óbito do Usuário Titular, os Usuários Dependentes já incluídos, nas formas previstas neste contrato para **os planos Uniplan Padrão, Uniplan Integral, Uniplan Supremo, Uniplan Absoluto I, Uniplan Absoluto II e Uniplan Absoluto III**, terão continuidade de atendimento pelo prazo de 5 (cinco) anos, ou até a perda da condição de dependência, a partir da data do óbito do Usuário Titular, livre de qualquer pagamento de mensalidades, de conformidade com as condições previstas neste contrato, e observadas as seguintes condições:

A) Os Usuários Dependentes terão direito ao benefício após o cumprimento do prazo de carência de 240 (duzentos e quarenta) dias, contados a partir da inscrição do Usuário Titular. Na hipótese de ocorrer o óbito do Usuário Titular na fluência do prazo de carência, não haverá direito ao benefício.

Serão os seguintes DEPENDENTES considerados para efeito da Remissão Assistencial:

- I - Cônjuge;
- II - Filhos solteiros e filhas solteiras, até 24 anos;
- III - Equiparados aos filhos e filhas, nas condições acima:
 - . o enteado;
 - . o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
 - . o menor tutelado.
- IV - Companheira em convívio superior a 5 (cinco) anos e/ou com filhos em comum, vedada sua concorrência com a cônjuge, salvo determinação judicial;

B) Inclusões de novos Usuários Dependentes, posteriores à assinatura do presente contrato, ficarão subordinadas a uma carência especial de 12 (doze) meses, a partir do cadastramento, para efeito de percepção dos benefícios;

C) O filho (a), nascido(a) na vigência do contrato, deverá ser incluído como Usuário no prazo de até 30 (trinta) dias do nascimento. A não obediência deste prazo obrigará o cumprimento da carência especial prevista no item anterior;

D) Em caso de mudança na titularidade do plano será estabelecido um novo prazo de carência previsto no inciso E;

E) Em caso de mudança no tipo de plano para outro de padrão superior, será exigido novo prazo de permanência de 180 (cento e oitenta) dias. Caso venha ocorrer o óbito do Usuário Titular na fluência desse prazo, acarretará na disponibilização dos serviços de acordo com o padrão do plano anterior, durante todo o período da remissão;

F) Estar o **USUÁRIO TITULAR**, por ocasião do óbito, em dia com suas mensalidades. A falta de pagamento implica em suspensão automática da cobertura deste benefício;

G) Para usufruir do benefício, os Usuários Dependentes deverão apresentar à **CONTRATADA** cópia autenticada da certidão de óbito do Usuário Titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do óbito;

H) Não serão permitidas novas inclusões de Usuários Dependentes durante o período de 5 (cinco) anos contados a partir do óbito do titular;

I) Transcorrido o período da Remissão Assistencial o contrato poderá ser assumido pelo (s) Usuário(s) dependente (s), desde que assim deseje (m), e de acordo com as condições contratuais e tabelas de preços vigentes à época.

16 - TRANSPORTE AEROMÉDICO INTER-HOSPITALAR – SAFETY AIR

16.1 – Tem por objeto garantir aos Usuários da **CONTRATANTE**, cadastrados nos planos **Uniplan Padrão, Uniplan Integral, Uniplan Supremo, Uniplan Absoluto I, Uniplan Absoluto II e Uniplan Absoluto III** a Remoção Aeromédica Inter-Hospitalar em caráter Emergencial, sob prescrição médica e critérios técnicos aeronáuticos, em todo o Território Nacional.

16.2 – Os Usuários da **CONTRATANTE** poderão utilizar o Transporte Aeromédico realizado por **Aeronaves Turbo - Hélices, Aeronaves Jatos e Helicópteros homologados pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica, em todo o Território Nacional, em situações emergenciais, do hospital de origem até o hospital de destino, em decorrência das limitações locais do hospital que iniciou o atendimento, sendo os mais frequentes os quadros relacionados as patologias a seguir previstas: aneurisma abdominal; aneurisma torácico; bloqueio átrio ventricular; choque cardiogênico; cardiopatias**

agudas com repercussão hemodinâmica; grandes queimaduras; acidente vascular cerebral isquêmico; acidente vascular cerebral hemorrágico; aneurisma cerebral; traumatismo crânio-encefálico; traumatismo de coluna; hemorragia intra-cerebral; embolia pulmonar; pneumotórax; insuficiência respiratória aguda; hemorragia gastro-intestinal; obstrução intestinal; apendicite aguda; septicemia; glomérulo nefrite aguda; traumatismo de tórax; traumatismo de abdômen; fratura de colo de fêmur; politraumatismo; insuficiência renal aguda; coma diabético; cetoacidose diabética; infarto agudo do miocárdio; pericardite aguda; endocardite aguda; edema agudo do pulmão; complicações do processo gestacional e outras não previstas acima, de conformidade com parecer do médico cooperado responsável da CONTRATADA.

16.3 – Estão excluídos, para os benefícios constantes desta cláusula - TRANSPORTE AEROMÉDICO INTER-HOSPITALAR, os atendimentos nos seguintes casos: **atendimento para investigação diagnóstica; atendimento para controle de tratamento ambulatorial; pacientes crônicos em situação não agudizada; alcoolismo crônico; transporte com finalidade de execução de radioterapia, quimioterapia, hemodiálise crônica; transporte de doadores ou órgãos; outras patologias que não se caracterizarem como urgências médicas;**

16.4 – Para efeito deste benefício as inclusões de novos Usuários, realizadas após o início deste contrato, seguirão as mesmas regras estabelecidas para a assistência médica e hospitalar.

16.4.1 – As exclusões de Usuários implicarão a perda do direito de atendimento no último dia de cobertura já pago pela **CONTRATANTE**.

16.5 – O direito à utilização do benefício pelos Usuários cadastrados, se efetivará após o período de 10 (dez) dias, contados a partir da data da vigência deste contrato.

16.6 – Os Usuários da **CONTRATANTE** disporão de uma Central de Atendimento 24 horas, para fazer uso do serviço de Remoção Aeromédica Inter-Hospitalar.

16.7 – O Transporte Aeromédico, realizar-se-á no Território Nacional, tendo como ponto de origem e de destino final cidades cujos aeroportos possuam infra-estrutura para operação com Jatos e/ou Aeronaves Turbo-Hélice de porte médio, em conformidade com as normas do Departamento de Aviação Civil (DAC);

16.8 – A autorização da remoção deverá ter parecer do médico responsável, que justificará a necessidade do Transporte Aeromédico.

16.9 – Os Usuários da **CONTRATANTE** serão encaminhados aos estabelecimentos hospitalares indicados pela **CONTRATADA** e poderão ser acompanhados por uma pessoa.

16.9.1 – No caso de atendimento a Usuários menores de 21 (vinte e um) anos, admitir-se-á até dois acompanhantes.

16.10 – O Transporte Aeromédico por meio de Helicóptero, será realizado dentro de um raio de 250 (duzentos e cinquenta) quilômetros do local de origem, sendo factível o pouso diretamente em hospitais que disponham de Heliponto.

16.11 - Nos casos em que o Usuário se encontre em local a mais de 250 (duzentos e cinquenta) quilômetros de cidade que disponha de infra-estrutura aeroportuária e o Usuário esteja em condições clínicas para suportar o transporte terrestre, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância UTI, que efetuará o traslado até localidade que se enquadre nas condições expostas na Cláusula 16.7, a partir de onde será dada continuidade ao transporte aéreo, seja por helicóptero ou avião;

16.12 - É de responsabilidade da **CONTRATADA**, o transporte dos Usuários do hospital de origem até o hospital destino. Porém, se por ventura ocorrer demora ou improvisação decorrente da inexistência de recursos locais para este transporte, a **CONTRATADA** não poderá ser responsabilizada.

16.13 – O Transporte Aeromédico obedecerá sempre as condições médicas e aeronáuticas disponíveis na localidade acionada para a remoção, podendo ser adiado se não houver condições favoráveis para o vôo, que serão comprovadas através de relatórios apresentados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**.

16.14 – Os Usuários da **CONTRATANTE** poderão ser transportados somente para os estabelecimentos hospitalares autorizados previamente pela **CONTRATADA**.

17 - ASSISTÊNCIA FUNERAL

17.1 – Tem por objeto garantir a prestação de serviços funerários no caso de óbito dos Usuários Titulares e/ou Dependentes regularmente inscritos no contrato em um dos seguintes planos: **Uniplan PADRÃO, Uniplan INTEGRAL, Uniplan SUPREMO, Uniplan ABSOLUTO I, Uniplan ABSOLUTO II e Uniplan ABSOLUTO III**; abrangendo qualquer localidade em território brasileiro, desde que cumprida a carência de 120 (cento e vinte) dias para dar direito a este benefício.

17.2 – O benefício somente será concedido para Usuários com idade de até 60 (sessenta) anos, quando da sua inclusão no plano de saúde da **CONTRATADA**, não se estabelecendo limite etário para sua permanência, e correspondente gozo da cobertura.

17.3 – Os serviços de assistência e organização funerária deverão ser solicitados por um familiar ou responsável do Usuário falecido, imediatamente após o óbito através da Central de Atendimento da **CONTRATADA**. No teleatendimento, serão fornecidas as informações necessárias para garantir a execução desta cobertura.

17.4 – A Assistência Funeral prevê cobertura para os seguintes serviços:

a) Traslado do corpo do falecido de qualquer localidade em território brasileiro até a localidade do seu DOMICÍLIO, caso o óbito tenha ocorrido fora deste. Não estão cobertas despesas de transporte de familiares ou responsáveis para executar o traslado.

b) O sepultamento ou cremação poderá ser realizado para traslados de até 100 (cem) quilômetros do DOMICÍLIO do falecido.

c) Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de óbito de Usuários Titulares ou Dependentes, o serviço prevê a tramitação junto às respectivas autoridades competentes, acionando a rede de PRESTADORES, responsáveis pelo tratamento das formalidades de liberação do corpo e do registro do óbito em cartório.

d) Transmissão de mensagens urgentes

O serviço contratado encarrega-se da transmissão de até 2 (duas) mensagens urgentes, relacionadas com os SERVIÇOS previstos no presente instrumento, que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge do falecido, descendentes ou outro parente.

e) Atendimento e organização do funeral

O serviço contratado se responsabiliza por realizar todo o funeral do Usuário falecido, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação.

f) Os serviços cobertos por este benefício estão limitados ao valor máximo de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais).

17.5 – Exclusões

17.5.1 – Não ficam garantidos pelo presente instrumento, os SERVIÇOS que não tenham sido previamente solicitados por familiar ou responsável pelo Usuário falecido por intermédio da Central de Atendimento da **CONTRATADA** ou tenham sido executados sem a prévia consulta.

17.5.2 – A **CONTRATADA** não se responsabilizará pela qualidade de SERVIÇOS, ou financeiramente mesmo que fornecidos por PRESTADORES, não decorrentes de suas instruções ou que tenham sido solicitados pelos familiares do Usuário como extensões do SERVIÇO.

17.5.3 – Não serão reembolsados os casos de despesas não comunicadas e aprovadas previamente pela Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

17.5.4 – Ficam igualmente excluídas as prestações dos seguintes serviços:

- a) Buscas, realização de provas, bem como formalidades legais e burocráticas, no caso do Usuário haver desaparecido, implicando em *morte presumida*;
- b) Despesas decorrentes de confecção, manutenção de jazigo, quando do sepultamento;
- c) Exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento;
- d) Aquisição de jazigo;
- e) Qualquer forma de transporte para familiares e entes queridos.

17.5.5 - Os serviços de Assistência Funeral, não serão realizados na ocorrência de eventos resultantes de:

- a) Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- b) Irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;
- c) Situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública ou ainda restrições por parte das autoridades ao livre trânsito;
- d) Nas localidades onde a legislação não permitir que se intervenha por circunstâncias alheias.

18 – COBERTURA INTERNACIONAL

18.1- Tem por objeto garantir assistência emergencial aos Usuários dos planos **UNIPLAN ABSOLUTO I, UNIPLAN ABSOLUTO II e UNIPLAN ABSOLUTO III** da **CONTRATADA** em viagem ao exterior, através de ligação a cobrar pelo telefone constante no **Aditivo de Assistência Internacional**, disponível 24 horas por dia, inclusive feriados e finais de semana, durante 365 dias ao ano, em situações de acontecimentos súbitos, imprevistos e involuntários. Nos preços desses planos já está incluída a Cobertura Internacional.

18.1.1 – Para os planos **UNIPLAN PADRÃO, UNIPLAN INTEGRAL e UNIPLAN SUPREMO**, essa contratação é opcional, constando no Aditivo Contratual o valor “per capita” da cobertura. É obrigatória a inscrição de todos Usuários que façam parte de um mesmo grupo familiar.

18.2 – Os serviços da Cobertura Internacional serão realizados através de empresa terceirizada, especializada, **cujas coberturas constam no Aditivo de Assistência Internacional, entregue a cada Usuário Titular.**

19 - DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1 - O presente contrato passará a vigorar a partir de 1º de junho de 2003. O aniversário do contrato coletivo por adesão é todo mês de Junho de cada ano.

19.2- Todos os procedimentos previstos no presente contrato terão como referência a Tabela de Honorários Médicos - A.M.B (Associação Médica Brasileira) - Edição 1.992.