

# **MANUAL DO USUÁRIO**

**CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO  
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
REGISTRO PRODUTO ANS N.º  
402.720/98-5 BASICO  
402.719/98-1 ESPECIAL  
402.719/98-1 MASTER**

COBERTURA ESTADUAL

Prezado(o) **Usuário(a)**,

Este Manual contém as informações sobre a o Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares firmado entre a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** ("UNIMED") e a **FEDERAÇÃO NACIONAL DE TURISMO**.

Neste manual você encontrará o detalhamento das coberturas contratadas para cada uma dos Planos oferecidos, formas de pagamento, bem como as demais condições que regem o contrato.

A adesão aos termos do contrato na qualidade de usuário titular é restrita as Agências, Operadores, Agentes e Guias de Turismo. A adesão definitiva ao contrato ficará condicionada a comprovação do vínculo com a Fenactur.

**Leia e confira todas as informações relativas ao contrato e o Plano de sua escolha. No caso de qualquer omissão desse manual prevalecerão os termos do Contrato Original.**

Em caso de dúvida, ligue para (11) 3123-5055, nos dias úteis, das 8h às 18h.

**UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

**FENACTUR – FEDERAÇÃO NACIONAL DE TURISMO**

## OBJETO DO CONTRATO

1. A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos empregados, associados, sindicalizados, filiados, diretores, operadores, agentes e/ou guias de turismo e a seus dependentes, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência 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 próprios e/ou credenciados, nas internações inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

## TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. O contrato caracteriza-se pela contratação coletiva por adesão espontânea e opcional do público alvo delineado no objeto, devendo a FENACTUR colher a opção do usuário interessado por escrito.

## SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

1. A segmentação assistencial assegurada no contrato é a definida como plano ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o Rol de Procedimentos por esta editado.

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

1. A abrangência do contrato é **ESTADUAL**, sendo que a prestação de serviços eletivos abrangerá exclusivamente as cidades do Estado de São Paulo, de acordo com a área de ação da Unimed local e em conformidade com o Guia Médico. Para os casos de urgência e emergência, a abrangência será NACIONAL.

## PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1- As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva para o plano **Básico** e acomodação privativa com direito a um acompanhante para os planos **Especial** e **Master**, sendo que para o plano **Básico** as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do usuário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

## CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Para maior simplificação e entendimento, os empregados, associados, operadores, agentes, guias de turismo e/ou diretores da FENACTUR e a seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

2. São considerados Usuários Titulares os empregados, associados, operadores, agentes, guias de turismo e/ou diretores da FENACTUR expressamente cadastrados no contrato.

2.1 O cadastro será realizado todo dia 1º (primeiro) do mês subsequente, e as adesões deverão ocorrer até o dia 13 de cada mês.

3. Serão considerados Usuários Dependentes:

3.1- Cônjuge.

3.2- Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos.

3.3- Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade.

3.4- Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) / cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).

3.5- Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil.

3.5.1 - Não poderá haver concorrência entre esposa (o) e companheira (o), devendo o titular fazer a opção de qual dependente deseja incluir como beneficiário.

3.6- Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

3.7- Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela ou curatela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

3.8 – Enteados, mediante comprovação de dependência econômica do Titular do plano.

3.9 – Filhos (as) de Usuários Dependentes nascidos na vigência deste contrato e sob a cobertura deste.

4- A FENACTUR fornecerá à UNIMED a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.

4.1. A relação da documentação necessária para comprovação das informações do item anterior encontra-se relacionada no Manual do Cliente disponibilizado pela UNIMED, entregue em conjunto com a carteira de identificação.

5. A FENACTUR comunicará por escrito ou por meio magnético à UNIMED, até o dia 13 (treze) de cada mês, as alterações, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.

6. Os filhos de Usuárias Titulares ou Dependentes, nascidos na vigência do Contrato, serão considerados Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, por ficha cadastral de usuário, documento válido que a substitua ou por meio magnético, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade, condição que também o isentará do cumprimento das carências constante no item “Carências”. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo titular adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

7. Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos no item “Carências”.

## **COBERTURA ASSISTENCIAL**

1- A prestação da assistência médica na segmentação prevista no contrato assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções mencionadas no item “Exclusões de Cobertura” deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos divulgado pela ANS.

### **2. Atendimento Ambulatorial**

2.1 Consultas médicas sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.2- Os Usuários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados preferencialmente pelo médico cooperado, salvo aqueles excluídos pelo item “Exclusões de Cobertura”.

2.3- Nos casos de transtornos psiquiátricos o Usuário terá direito a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissionais médicos cooperados da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato (sessões não cumulativas, ou seja, direito a 12 [doze] sessões a cada ano de contrato).

2.4- Cobertura total aos atendimentos ambulatoriais clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

2.5- Tratamento básico prestado por médico psiquiatra cooperado, envolvendo consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

2.6- A quantidade de sessões da psicoterapia de crise será considerada independentemente da patologia ou do recurso médico, limitadas as 12 (doze) sessões ano/contrato.

### **3- Internação Hospitalar**

3.1- As internações serão realizadas após autorização da UNIMED, mediante solicitação preferencialmente de médico cooperado, por intermédio de uma “guia de internação hospitalar”, sem limitação de diárias, salvo para o limite de 8 (oito) semanas de tratamento em regime de hospital/dia, nos termos do artigo 5º, inciso I da Resolução 11 do CONSU.

3.2- Os Dependentes serão cadastrados na mesma acomodação do Titular.

3.3 - As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação coletiva, individual ou UTI – Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação, salvo aquelas decorrentes de transtornos psiquiátricos que tem limite estabelecido pela Resolução do CONSU nº 11/98.

3.4- Somente nas situações de urgências e emergências, o Usuário terá direito à internação imediata, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED, no primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização.

3.5- As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de

Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, assim discriminados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.6- A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas de internações hospitalares em hospitais credenciados da operadora, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas especializadas, dela credenciadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, cobertura de despesas referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente.

3.7- É de responsabilidade da UNIMED a prestação dos serviços de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução do tratamento e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar ou procedimento ambulatorial.

3.8- Tratando-se de Usuário menor de (18) dezoito anos e maiores de 60 (sessenta) anos a internação compreenderá despesas alimentares de acompanhante no hospital.

3.9 Os Usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, em conformidade com a Resolução do CONSU nº 12/98, próteses, órteses que deverão ser reconhecidas pelo Ministério da Saúde, quando ligados ao ato cirúrgico. No caso de transplantes, a cobertura se estende às despesas de assistência médica com os doadores vivos e às despesas de coleta e remoção de órgãos.

a) Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998 que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98 e com a Resolução do CONSU nº 12/98.

b) Os usuários da FENACTUR candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos–CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

d) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o usuário receptor.

3.10- No caso de transtornos psiquiátricos, o contrato cobre:

a) o custeio integral de 30 dias de internação por ano de contrato (não cumulativo), em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral, estando o Usuário em situação de crise;

b) o custeio integral de 15 dias de internação por ano de contrato (não cumulativo), em hospital geral, sendo o Usuário portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

4. O contrato abrange o atendimento em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5. A prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora está ligada às necessárias para reconstrução de mama em decorrência de mutilação por câncer conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98. Em caso de cirurgias de restauração de funções de órgão e regiões ocorridos fora da vigência deste contrato, aplicam-se as regras da cobertura parcial temporária e/ou agravado.

6. A cirurgia buco-maxilo-facial não estética somente terá cobertura contratual para aqueles procedimentos que necessitem de ambiente hospitalar, conforme o artigo 5º, inciso I, da Resolução n.º 10 do CONSU, ocorrido na vigência do contrato, excluindo-se as ocorrências odontológicas.

7. Às crianças nascidas de parto coberto pela UNIMED não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do Titular, assim como será garantida sua inscrição sem carência, caso ocorra em até 30 (trinta) dias da data do nascimento.

## **EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**1 - A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS.**

### **2 – PROCEDIMENTOS MÉDICOS:**

**A) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.**

**B) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;**

**C) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL, E DE ACORDO COM AS SUAS LIMITAÇÕES;**

**D) TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;**

**E) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;**

**F) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS; TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO;**

**G) CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;**

**H) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS, COSMÉTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU**

**HOTELARIA EM SPA'S OU CLINICAS DE EMAGRECIMENTO, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS;**

**I) ESCLEROTERAPIA DE VARIZES;**

**J) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DE NATUREZA ESTÉTICA EM GERAL;**

**K) CIRURGIA REFRACTIVA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA PARA CASOS COM GRAU INFERIOR A 5 (CINCO);**

**L) TRATAMENTOS CLÍNICOS E/ OU CIRURGIAS, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO; TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADREM NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;**

**M) REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E DE VASECTOMIA (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES); PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA;**

**N) IMPLANTE E TRANSPLANTE DE: FÍGADO; CORAÇÃO; MEDULA; PÂNCREAS; PULMÃO; OU OUTRO DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO O DE RIM , Córnea E MEDULA;**

**O) DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS;**

**P) COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSPLANTE OU RETIRADA DO ÓRGÃO DO DOADOR; COM EXCEÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DOS TRANSPLANTES DE RIM , Córnea E MEDULA;**

**Q) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA;**

**R) PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;**

**S) DURANTE OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA E NAS INTERNAÇÕES, OS ATOS MÉDICOS INDISPENSÁVEIS A SUA CONTINUIDADE E NÃO COBERTOS POR ESTE CONTRATO, SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO, QUE OS PAGARÁ DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE DE HONORÁRIOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E DA FATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO;**

**T) EXAME DE PATERNIDADE;**

**U) ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS, E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS/ASSISTENTE;**

**V) NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;**

**3 - MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ORTESES E PRÓTESES:**

**A) AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;**

**B) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**

**C) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS IMPORTADOS, MESMO QUE SEJAM LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO, DESDE QUE EXISTAM SIMILARES NACIONAIS,**

**D) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;**

**E) MATERIAIS E MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;**

**F) MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.) E NÃO REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA;**

**G) VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO).**

#### **4 - ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

**A) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;**

**B) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;**

**C) MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;**

**D) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;**

**E) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.**

#### **5 - DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

**A) DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO USUÁRIO TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGO-BAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO. CASO OCORRAM, SERÃO CUSTEADAS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO;**

**B) DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO USUÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;**

**C) INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, ALTO CUSTO/HOSPITAL DIFERENCIADO E TABELA PRÓPRIA;**

**D) ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI 9.656/98;**

**E) TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES, INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO. EXCETO ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS E MAIORES DE 60 ANOS;**

**F) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.**

**G) AINDA, NÃO FAZEM PARTE DA COBERTURA CONTRATUAL NOS PLANOS BÁSICO E ESPECIAL, OS SEGUINTE HOSPITAIS: HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÍRIO LIBANÊS, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DO CORAÇÃO, HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ E DEMAIS LOCALIDADES QUE POSSUEM HOSPITAIS QUE OPERAM COM TABELA PRÓPRIA, INDEPENDENTEMENTE DE INTEGRAREM A REDE CREDENCIADA DA UNIMED LOCAL FAZER PARTE DA REDE CREDENCIADA DA UNIMED LOCAL.**

**H) NÃO FAZEM PARTE DA COBERTURA CONTRATUAL NO PLANO MASTER, OS SEGUINTE HOSPITAIS: HOSPITAL ALBERT EINSTEIN E SÍRIO LIBANÊS, MESMO QUE INTEGREM O GUIA MÉDICO.**

## **6 - OUTROS:**

**A) PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED;**

**B) MEDICINA DO TRABALHO: EXAMES OCUPACIONAIS (ADMISSÃO, RETORNO AO TRABALHO, DEMISSÃO, PERIÓDICO E MUDANÇA DE FUNÇÃO), TRATAMENTO E INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM OS ACIDENTES DE TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, RESSALVADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO USUÁRIO QUE SERÁ ENCAMINHANDO EM SEGUIDA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS; MOLÉSTIAS PROFISSIONAIS, ASSIM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A TERAPIA OCUPACIONAL, EXCETO DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS PENA RN-167, OU COM EXPRESSA AUTORIZAÇÃO DA CONTRATANTE;**

**C) REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG), HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA, OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA;**

**D) NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO;**

**E) ATENDIMENTO EM CASOS DE CALAMIDADE PÚBLICA, CONFLITOS SOCIAIS, GUERRAS, REVOLUÇÕES, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**

**F) NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED ONDE O USUÁRIO ESTA INSCRITO, ESTA O ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRA UNIMED. AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO.**

## **VIGÊNCIA**

1- A vigência do contrato é de 12 (doze) meses, passando a vigorar após a sua assinatura.

## **RENOVAÇÃO CONTRATUAL**

1- Após o período inicial de vigência o Contrato passará a vigorar por prazo indeterminado, podendo, a partir de então, ser rescindido a qualquer momento, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias.

## CARÊNCIAS

1. Os períodos de carências passarão a contar a partir do dia 1º que corresponderá à data de adesão do usuário realizada por meio da FENACTUR, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

2. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos Usuários são os seguintes:

2.1- 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência definidos como acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, ou emergências definidas como implicação em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente inclusive as emergências psiquiátricas.

2.2- 30 (trinta) dias para Consultas e para os Exames abaixo elencados, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

<b>Exames / Procedimentos (até 300 Uts)</b>	<b>Carência</b>
1. Análises clínicas;	30 (trinta dias)
2. Audiometria;	
3. Biópsia;	
4. Citopatologia (exceto necropsia);	
5. Colposcopia e colpocitologia;	
6. Densitometria Óssea;	
7. Ecocardiograma bidimensional com doppler;	
8. Eletrocardiograma;	
9. Eletroencefalograma;	
10. Eletromiografia, neurofisiologia clínica;	
11. Eletrococleografia;	
12. Endoscopia;	
13. Exames radiológicos simples e contrastados (exceto neuro-radiologia, procedimentos especiais e radiologia intervencionista);	
14. Exames e testes alergológicos;	
15 Exames e testes oftalmológicos;	
16. Exames e testes otorrinolaringológicos;	
17. Holter;	
14. Inaloterapia;	
15. Liquor;	
16. Mamografia;	
17. Potencial evocado;	
18. Prova de função pulmonar;	
19. Teste ergométrico;	
20. Ultra-sonografia.	

2.3- 90 (noventa) dias para fisioterapia e pequenos procedimentos ambulatoriais (até 300 UTs), se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

2.4- 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, cobertas por este contrato, inclusive as referentes à saúde mental, exceto partos, demais exames e procedimentos cobertos por este contrato constantes no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com a cobertura prevista na Lei nº 9.656/98, respeitando-se os limites e restrições e especificações de exclusões de cobertura.

2.5- 300 (trezentos) dias para partos a termo.

## **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

1. As inscrições efetivadas no início do contrato, bem como as oscilações ocorridas durante a vigência contratual determinarão as condições exigidas pela UNIMED para a cobertura de doenças/lesões preexistentes e/ou cumprimento dos prazos de carências, conforme o disposto a seguir:

1.1- Caso o número de inscrições da massa inicial seja inferior a 50 (cinquenta) Usuários, os Usuários Titulares deverão preencher e assinar Declaração de Saúde, constando expressamente que eles e seus respectivos Dependentes, não são portadores de doenças ou lesões definidas como preexistentes, compreendendo aquelas que na data da adesão ao presente contrato, tenham conhecimento. Devem declarar, também, que se submeteram, para esta finalidade, a entrevista qualificada por médico de sua escolha, dentre aqueles referenciados pela UNIMED, sendo que na hipótese de escolha de outro médico pelo usuário, este arcará com os custos da entrevista.

1.1.1- A inscrição dos Usuários somente efetivar-se-á após apresentação à UNIMED das Declarações de Saúde, que ocorrerá quando do recebimento da inclusão do usuário, aplicando-se o dispositivo de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, conforme opção do usuário, para aqueles que sejam portadores de lesões ou doenças preexistentes constantes nas Declarações de Saúde.

1.1.2- A UNIMED poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, após análise da ANS e de acordo com procedimento descrito nos parágrafos do artigo 7º da Resolução CONSU 2/98, ficando o USUÁRIO obrigada a ressarcir a UNIMED por todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes, devendo o usuário ser notificado previamente pela UNIMED para que ocorra o ressarcimento aqui previsto.

1.1.3- Em caso afirmativo, o usuário poderá optar pelo Agravo ou deverá cumprir o período de Cobertura Parcial Temporária, com prazos definidos conforme a legislação em vigor, para todos os procedimentos relacionados a esta(s) doença(s) ou lesão (ões) preexistente(s), procedimentos estes descritos em Resolução específica da ANS, ou seja, 24 (vinte e quatro) meses de suspensão para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

1.1.4- Os Usuários cadastrados no início da vigência do contrato sujeitar-se-ão ao cumprimento das carências constantes no item “Carências”.

1.2- Caso o número de inscrições da massa inicial de Usuários Titulares e Dependentes seja maior ou igual a 50 (cinquenta) o contrato cobrirá quaisquer doenças preexistentes, sem o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária ou cobrança de Agravo, no entanto em observância às carências do item “Carências”.

1.3- Os usuários titulares e dependentes, para os casos que trata a cláusula anterior, inscritos posteriormente

à massa inicial, também estarão sujeitos às carências do item “Carências”.

1.4- Na hipótese do usuário possuir cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para o que for objeto deste acordo (CPT) para esta doença ou lesão será limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

## **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

1. Nos casos de urgência ou emergência, o Usuário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela UNIMED, em conformidade com a segmentação prevista no contrato, devendo para tanto, identificar-se como Usuário, apresentar a carteira de identificação, cédula de identidade.

2. São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os Usuários, caracterizados por declaração do médico assistente. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

3. Quando o atendimento de emergência ou em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Usuário, não cabendo ônus à UNIMED.

4- Nos casos de acidente de trabalho, a obrigação da UNIMED se restringirá ao primeiro atendimento em nível ambulatorial do Usuário encaminhando-o em seguida para os Serviços Públicos titulares do competente seguro acidentário.

5- Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

6- Nos casos de urgência e emergência quando restar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo Usuário, conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela UNIMED aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da UNIMED para atribuições de valores a despesas hospitalares e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos de acordo com a UT – Unidade de Trabalho e outros índices vigentes. Os materiais e medicamentos serão reembolsados de acordo as Tabelas Brasíndice e SIMPRO na rubrica “preço fábrica”, que são os preços praticados junto a rede de atendimento da UNIMED. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsadas pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação da nota fiscal competente.

7 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.

b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.

c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.

d) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o usuário.

7.1 O Usuário perderá o direito de pleitear o reembolso decorridos doze meses da data do evento.

8 - O usuário cuja cobertura esteja restrita em decorrência de opção pela cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes terá atendimento de urgência e emergência para essas doenças ou lesões igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade definidos no rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente.

## **REMOÇÃO**

1. Os Usuários terão direito, a remoção inter-hospitalar terrestre, em casos de urgência e emergência, quando a sua necessidade for atestada por médico cooperado/assistente, compreendendo a remoção dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

2. Os usuários terão direito ainda a remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro, bem como cobertura das taxas vinculadas à cobertura assistencial ora contratada.

## **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

1. Os itens inseridos na “Cobertura Assistencial” são taxativos, responsabilizando-se o Usuário por quaisquer outras despesas.

2. Para ter direito aos serviços objeto do contrato, os Usuários Titulares e Dependentes deverão cumprir os períodos de carências ajustados no item “Carências”, e observar a necessidade da obtenção de senha de autorização (procedimentos descritos no Manual do Cliente que será entregue pela UNIMED ao USUÁRIO quando do envio das carteiras de identificação).

3. As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências, serão de responsabilidade do Usuário.

4. Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos Usuários na área de atuação da UNIMED CONTRATADA, esta orientará o Usuário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do Usuário, salvo a hipótese contida no item “Remoção”.

5. A UNIMED disponibilizará “Guia Médico”, onde constarão:

5.1- Relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios.

5.2- Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia.

5.3- Relação de serviços de urgência/emergência.

5.4- Relação dos hospitais contratados/próprios.

6. Faculta-se à UNIMED, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento devendo comunicar as alterações a FENACTUR com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos do artigo 17, §§ 1º e 4º da Lei nº 9.656/98.

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

6.2 É facultada à UNIMED a substituição da entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante a comunicação prévia de 30 (trinta) dias.

7. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do Usuário o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

8. Para fins de atendimento, a UNIMED expedirá carteira de identificação aos Usuários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

9. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED, somente aos Usuários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei n.º 9.656/98.

10- Nas consultas de rotina, o Usuário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao Usuário exercer a livre escolha entre os médicos cooperados da UNIMED.

11- Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

12- Será garantido, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da UNIMED e por um terceiro, escolhidos de comum acordo pelos dois outros médicos, sendo que caso haja cobrança de honorários esta deve ser suportada pela UNIMED.

## **FORMAÇÃO DO PREÇO**

1- Para ter direito aos serviços contratados, o Usuário pagará a UNIMED, a mensalidade calculada em função de cada Usuário titular ou dependente, cujos valores constam adiante, considerando-se a respectiva faixa etária.

2 – As mensalidades serão pagas pela agência ou pelo usuário, na forma de pré-pagamento, até o dia 15 de cada mês a que se referir através de boleto bancário.

## PAGAMENTO DA MENSALIDADE

1. O Usuário por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, pagará à UNIMED, para cada usuário, os seguintes valores como contraprestação mensal, de acordo com a idade do usuário:

FAIXA ETÁRIA	BÁSICO Enfermaria	ESPECIAL Apartamento	MASTER Apartamento
00 a 18 anos	R\$ 78,78	R\$ 90,61	R\$ 118,26
19 a 23 anos	R\$ 95,69	R\$110,05	R\$ 143,55
24 a 28 anos	R\$ 103,86	R\$119,45	R\$ 155,81
29 a 33 anos	R\$ 112,55	R\$129,43	R\$168,83
34 a 38 anos	R\$ 123,01	R\$141,45	R\$184,50
39 a 43 anos	R\$ 147,72	R\$169,88	R\$221,59
44 a 48 anos	R\$ 193,03	R\$ 221,98	R\$289,55
49 a 53 anos	R\$ 224,13	R\$ 257,75	R\$336,21
54 a 58 anos	R\$ 295,85	R\$ 340,22	R\$443,79
59 ou mais	R\$ 390,70	R\$ 449,30	R\$586,06

2. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação da TR (Taxa Referencial) até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

3. Os valores das mensalidades vencidas constituirão dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a UNIMED proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas no contrato.

4. A periodicidade prevista na cláusula “Reajuste” será alterada, para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no art. 28, da Lei nº 9.069, de 29.06.95.

5- Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados a UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os usuários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.

## REAJUSTE

1. Todos os preços previstos no contrato, serão reajustados automática e anualmente em **Novembro**, de conformidade com o IPC – Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE – (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), com comunicação a ANS.

2. O contrato poderá ser reajustado ainda, a qualquer tempo, em função de reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes, com comunicação a ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado e à demonstração analítica da variação de componentes de custos, devidamente justificada, e também o equilíbrio econômico-financeiro bem como a viabilidade da continuidade deste contrato.

2.1 – O reajuste técnico será reavaliado calculando-se a sinistralidade anual baseada na fórmula abaixo, ou seja, sem prejuízo da aplicação do índice IPC FIPE - Saúde previsto no item 1 como reajuste anual do contrato, quando a sinistralidade atingir percentuais acima de 75% (setenta e cinco por cento), o contrato será reajustado com os percentuais que excederem 75% (setenta e cinco por cento), a saber:

§1º - A avaliação de reajuste é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da fórmula:

$$R = (1 + R_{\text{Tecnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

onde:  $R_{\text{Financeiro}}$  - Deverá refletir a reposição financeira para o período, poderá ser utilizado índice contratual ou índice indicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme acordo entre as partes.

$$R = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde:

$S$  - Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)

$S_m$  - Corresponde a meta de sinistralidade.”

## FAIXAS ETÁRIAS

1 - As faixas etárias de que trata o Contrato são:

Idades	% reajuste
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	20,98 %
24 a 28 anos	06,61 %
29 a 33 anos	04,92 %
34 a 38 anos	13,06 %
39 a 43 anos	19,65 %
44 a 48 anos	33,83 %
49 a 53 anos	33,87 %
54 a 58 anos	12,20 %
59 em diante	63,04 %

2. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o usuário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos Usuários, dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada Usuário, conforme os percentuais constantes acima.

3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima, que incidirão sobre o preço pago pelo usuário e não se confundem com o reajustamento pela variação de custos.

4. Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

## **CONTINUIDADE ASSISTENCIAL**

1. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela FENACTUR com o Usuário Titular, este e os respectivos Usuários Dependentes serão excluídos do atendimento previsto no contrato.

2. Nos casos de ex-empregados, quando da rescisão de contrato ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao Usuário Titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que já contribuísse no plano contratado e ainda assumindo o pagamento integral da mensalidade, conforme determinação da legislação em vigor.

2.1- O período de manutenção da condição de Usuário a que se refere o subitem anterior será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela FENACTUR, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.

2.2 A manutenção assegurada nos itens anteriores se estende aos Usuários Dependentes.

2.3 . O demitido deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da FENACTUR (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

3. Ocorrendo à aposentadoria do Usuário Titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do FENACTUR há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade por prazo indeterminado, cessando quando da admissão em novo emprego.

3.1- Caso o período de permanência no plano coletivo seja inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve contribuindo para o plano de saúde do FENACTUR, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

3.2- A manutenção assegurada se estende aos Usuários Dependentes.

3.3 - O aposentado deverá expressar seu desejo de manutenção no plano, por escrito, no prazo máximo de trinta dias após a concessão da aposentadoria, em resposta à comunicação do FENACTUR (empresa empregadora), formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

4. O disposto neste item “Continuidade Assistencial”, aplicar-se-á somente para ex-funcionários: aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensivo àqueles Usuários Titulares com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação.

5. O titular que não contribuir financeiramente com o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito aos benefícios de demitido ou aposentado.

## **CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO**

1. O contrato ora formalizado destina-se a atender a massa de usuários empregados/funcionários, ativos/inativos (aposentados ou demitidos sem justa causa) ou a sindicalizados/associados da FENACTUR.

## **PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

1. O usuário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se o FENACTUR a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à UNIMED, salvo quando esta informar a readequação de grau de parentesco, conforme previsão contratual.

2. O usuário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com o FENACTUR, e, nas hipóteses previstas em lei, não fizer a opção pela continuidade assistencial.

3. No caso de morte do Usuário Titular, será assegurada aos Usuários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, de acordo com as condições previstas no artigo 30 da Lei 9.656/98, devendo haver o pagamento integral de todas as parcelas.

4. As exclusões de Usuários deverão ser comunicadas, por escrito ou meio magnético, até o dia 15 (quinze) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses Usuários até o último dia de exclusão.

## **RESCISÃO E SUSPENSÃO**

1. O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a rescisão do presente contrato, devendo o Usuário ser avisado da rescisão do contrato serviços previamente. A suspensão do contrato poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso, com comunicação prévia do FENACTUR.

2. O Contrato poderá ser rescindido a qualquer momento QUANDO:

a) Pelo descumprimento de suas cláusulas e condições desse Manual, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades;

b) Pelo não pagamento das mensalidades correspondentes por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o a parte inadimplente seja comprovadamente notificada previamente;

c) Por conduta fraudulenta do Usuário (titular ou dependente), seja ela omissiva ou comissiva.

3. Poderá ocorrer a denúncia unilateral por parte da UNIMED por motivos de inelegibilidade, ou de perdas do direito de titularidade ou dependência, ressalvado nos casos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

4. No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais ou das disposições desse Manual, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes e eventuais perdas e danos.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

1. À UNIMED fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pelo FENACTUR, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.
2. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54 parágrafo 3º do CDC, que a responsabilidade da UNIMED limita-se à relação de serviços enumerados no item “Cobertura Assistencial”, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste contrato e no rol de procedimentos editado pela ANS não tem cobertura no contrato.
3. O FENACTUR obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos usuários, bem como alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente até o dia 15 de cada mês. Todas as movimentações inclusive inclusões devem ser encaminhadas nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB editados pela ANS.
4. A UNIMED está autorizada pelo FENACTUR a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento do Prontuário Eletrônico alocado em seu Portal, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos usuários do FENACTUR, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se o usuário em obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.
5. Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados por médicos cooperados, sendo que sua realização dar-se-á somente por médicos cooperados ou credenciados em locais credenciados.
6. As carteiras de identificação expedidas pela UNIMED em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se o usuário a recolhê-las e devolvê-las no caso de rescisão contratual.
7. A utilização dos serviços em desconformidade com as regras pactuadas neste instrumento será de responsabilidade exclusiva do Usuário, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato serão considerados título extrajudicial capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.