



1119

Instrumento Particular de Contratação da Atividade Cooperativada decorrente da Lei Federal Nº5764/71 na Assistência da Saúde Suplementar através da Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia

Plano Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia Coletivo Empresarial

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANOS DE SAÚDE

a) Qualificação da Operadora Contratada

UNIMED ALFENAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente UNIMED ALFENAS, inscrita no CNPJ/MF sob nº 42.946.061/0001-96, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 35499-6 e classificada na modalidade Cooperativa Médica com sede à Rua Presidente Artur Bernardes, 701, Centro, Alfenas/MG, Cep. 37.130-000, representada na forma de seu estatuto social.

b) Qualificação da Contratante

CÂMARA MUNICIPAL DE AREADO, localizado na cidade de Areado, no Estado de Minas Gerais, a Praça Henrique Vieira, nº 313, bairro: Centro, Cep. 37.140-000 CNPJ 02.325.859/0001-04, telefone: 35 3293 1527, e-mail: camaraareado@ip3.com.br, doravante designada simplesmente CONTRATANTE, neste ato representada por Sebastião Quintino da Silva, brasileiro, natural de : Fama-MG, estado civil:casado, profissão:administradorrural, residente a Rua:João Germano, nº , Bairro: Vila Brasil, na cidade de Areado/MG, Cep. 37.140-000, portador do CPF nº 376.539.386-04, e da cédula de identidade nº M 2.397.135.

c) Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS

Este plano é denominado comercialmente de FLEX EMPRESARIAL LOCAL e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 702.012/99-1.

d) Tipo de Contratação

d.1) O presente contrato se caracteriza pela contratação COLETIVO EMPRESARIAL.

d.1.1) - Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

**e) Tipo de Segmentação Assistencial do Plano de Saúde**

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o Rol de Procedimentos por esta editado.

f) Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

f.1) Área Geográfica de Abrangência deste plano é denominada GRUPO DE MUNICÍPIO, em conformidade com o item 5º do Anexo II da RN 100, de 3 de junho de 2005.

f.2) A área geográfica de abrangência definida para este contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados, é composta pelas seguintes cidades:

I - Alfenas, Areado, Alterosa, Campo do Meio, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Illicínia, Paraguaçu e Serrania.

f.3) Na falta de recursos técnicos na abrangência geográfica UNIMED ALFENAS, caberá exclusivamente a UNIMED ALFENAS indicar prestador pertencente a sua rede básica CREDENCIADA, que possua recursos técnicos necessários para a realização do procedimento indicado ao beneficiário, desde que previsto na segmentação coberta pelo contrato.

g) Área de Atuação do Plano de Saúde

g.1 - A área de atuação definida para este contrato, ou seja, os municípios de comercialização, compreendem as seguintes cidades:

I - Alfenas, Areado, Alterosa, Campo do Meio, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Illicínia, Paraguaçu e Serrania.

h) Padrão de Acomodação em Internação

h.1 - O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano nº 702.012/99-1 é enfermaria. Entende-se por enfermaria, quarto com dois leitos sem direito a acompanhante.

h.3 - NOME: FLEX EMPRESARIAL LOCAL STANDARD- REGISTRO DO PLANO:702.012/99-1

h.4 - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em



Unimed

Alfenas

nível superior, sem ônus adicional, permanecendo esta situação até a disponibilidade da acomodação do plano contratado.

h.5 - As internações em acomodações superiores às contratadas, por opção do beneficiário, implicam pagamento, pelo mesmo ou por seu responsável diretamente ao hospital, ou prestador de serviços, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais devem ser acordadas previamente, por iniciativa do beneficiário ou responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais.

I) Formação de Preço

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada serão **Preestabelecidos**.

j) - Serviços e Coberturas Adicionais

Exclusivamente nos casos de urgência e emergência, os beneficiários em trânsito, fora da área de abrangência geográfica do plano, terão cobertura para os atendimentos de urgência e emergência em todo território nacional pela rede credenciada básica da Unimed de destino. **Hospitais categorizados pela Unimed de origem como alto custo e tabela própria não são referendados para atendimento de urgência ou emergência e eletivas.**

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato, decorrente da contraprestação de serviços de atendimento à saúde suplementar de acordo com a atividade cooperativada conforme Lei Federal 5764/71 - Lei das Cooperativas, tem por objeto a prestação continuada de serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1 da Lei 9656/98, com cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, para a segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com os artigos 10 e 12 e do inciso I, art. 1º da Lei 9656/98, **com cobertura de todo o Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época da contratação do contrato**, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2 - O presente contrato é revestido de característica bilateral, oneroso e aleatório, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do disposto nos arts. 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, de 10 de janeiro de 2002, estando também subordinado às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021



II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Poderão se inscrever neste plano de saúde:

- a) pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária;
- b) os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei Nº. 9.656, de 1998;
- d) os agentes políticos e servidores públicos;
- e) os trabalhadores temporários;
- f) os estagiários e menores aprendizes; e

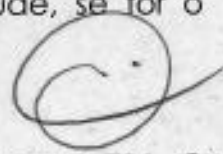
2.2 - Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE enviará a relação dos beneficiários a serem inscritos, em formulário ou planilha eletrônica disponibilizados pela UNIMED ALFENAS, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos, responsabilizando-se e fornecendo cópia dos documentos que comprovem a veracidade das informações e o vínculo de seus beneficiários.

2.3 - A UNIMED ALFENAS fornecerá aos beneficiários inscritos o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a UNIMED ALFENAS adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

a) A entrega dos Cartões Individuais de Identificação será feita após o pagamento da primeira fatura pela CONTRATANTE.

b) No plano privado de assistência à saúde COLETIVO EMPRESARIAL com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

b.1) As inscrições feitas após 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário à CONTRATANTE estão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência estipulados neste instrumento e à realização da Entrevista Qualificada com preenchimento da Declaração de Saúde, se for o caso.



Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021



2.4 - Este contrato somente poderá ser assinado por proponente residente e domiciliado na área de ação da UNIMED ALFENAS, composta pelas cidades de **Alfenas, Areado, Alterosa, Campo do Meio, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Ilícínia, Paraguaçu e Serrania.**

2.5 – Do titular

2.5.1 - Para efeito deste contrato o beneficiário titular é o que mantém o vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE.

2.6 – Do dependente

2.6.1 - Para fins de inclusão e permanência neste contrato, será considerado beneficiário dependente, com grau de parentesco ou afinidade, em relação ao TITULAR:

- a) O Cônjuge;
- b) O filho solteiro, até 18 (dezoito) anos incompletos e, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) O enteado, o menor, sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que fica equiparado ao filho;
- d) O Conjuviente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) O filho comprovadamente inválido;

2.7 - É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

2.7.1 - Do filho recém nascido natural ou adotivo, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) após o nascimento ou adoção, desde que cumprido 300 (trezentos) dias de carência.

2.7.2 - Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) após adoção.

2.7.3 - A não observação do prazo máximo de 30 (trinta dias), ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência.

2.7.4 - O direito de um dependente permanecer no plano está diretamente vinculado à permanência no plano por parte de um beneficiário titular.

2.8 – Da inclusão

2.8.1 - Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE anexará o PROPOSTA DE ADESAO fornecida pela UNIMED ALFENAS, devidamente assinado e carimbado, com informações dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

2.9 – Das movimentações e mudança de plano

2.9.1 – Da movimentação

I - **Havendo inclusão ou exclusão de beneficiário a UNIMED ALFENAS deverá ser comunicada por escrito até o dia 28 de cada mês.** Após esta data a movimentação somente será realizada para o mês subsequente.

2.9.2 – Das mudanças

I - O beneficiário titular poderá mudar de plano sempre que julgar conveniente, sendo esta mudança automaticamente extensiva a todos os dependentes.

II - Sempre que o beneficiário efetuar uma mudança de plano que implique em ampliação de abrangência geográfica e/ou opção por acomodação hospitalar superior e/ou redução de co-participação, esta mudança estará condicionada ao cumprimento de carência para as coberturas ampliadas, sendo que, durante o cumprimento destas novas carências o beneficiário será atendido em conformidade com o plano anterior.

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - Os serviços cobertos por este plano abrangem todo procedimento ambulatorial, de diagnose e terapia, internação hospitalar e atendimento obstétrico constantes no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", vigente na época da assinatura do contrato, realizado exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão - CID-10, da Organização Mundial de Saúde, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, representando a somatória das segmentações Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica, previstas no art. 12 da Lei 9656/98.

3.1.1 - A cobertura dos procedimentos obedecerá às diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar, constantes no rol de procedimentos vigente na época da assinatura do contrato.

3.2 - Os serviços compreendem:

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

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021



II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS solicitados pelo médico assistente;

III - Serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da UNIMED ALFENAS.

IV - Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as Diretrizes de Utilização:

a) Consultas com nutricionista

- ✓ Cobertura obrigatória, de até 12 de consultas/sessões, conforme indicação do médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED ALFENAS, quando preenchidos todos os critérios das Diretrizes de Utilização.
- ✓ A cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato, para todos os casos não enquadrados nas Diretrizes de Utilização.

b) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo

- ✓ Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões, por ano de contrato, conforme indicação do médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED ALFENAS, quando preenchido pelo menos um dos critérios das Diretrizes de Utilização.
- ✓ Cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato. Para os casos não enquadrados nos critérios para todos os casos não enquadrados nas Diretrizes de Utilização.

c) Consulta/sessões com terapeuta ocupacional

- ✓ Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, conforme indicação do médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED ALFENAS, quando preenchido pelo menos um dos critérios das Diretrizes de Utilização.

d) Consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional

- ✓ Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, conforme indicação do médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da



UNIMED ALFENAS, quando preenchido pelo menos um dos critérios das Diretrizes de Utilização.

e) Sessão de psicoterapia

- ✓ Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato, conforme indicação do médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED ALFENAS, quando preenchido pelo menos um dos critérios das Diretrizes de Utilização.

V - Coberturas para procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da UNIMED ALFENAS, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação do médico assistente;

VI - Cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais;

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) Radioterapia;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

g) Nutrição parenteral e enteral, em ambiente hospitalar;

h) Radiologia intervencionista, em ambiente hospitalar;

i) Procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica, em ambiente hospitalar;



- j) Embolizações, em ambiente hospitalar;
- k) Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos, em ambiente hospitalar;
- l) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, em ambiente hospitalar;
- m) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção, em ambiente hospitalar.

VII - Cirurgia Refrativa:

- a) Somente em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:
 - 1. Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou
 - 2. Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

IX - Tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da UNIMED ALFENAS, respeitado as Diretrizes de Utilização. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES;

IX - Participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

X - Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dia, em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

- a) **Excepcionalmente, nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 45% (quarenta e cinco por cento);**

- b) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as Diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XI - Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;



XII - Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XIII - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação assim como remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato;

XIV - Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária - CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

XV - Quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais (conforme indicação do médico assistente) estão asseguradas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital, exceto nos casos de internação em CTI, CETIN ou similares;

XVI - Cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED ALFENAS, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XVII - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe que restritos à finalidade de natureza odontológica:

- a) Inclui o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

XVIII - Necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar



para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

XIX - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

XX - Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) fisioterapia;

XXI - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

XXII - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, para o respectivo beneficiário e que esteja causando problemas funcionais.

XXIII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

XXIV - Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da UNIMED ALFENAS quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;



b) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;

c) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

XXV - Transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas as especificações abaixo. As despesas de procedimentos vinculados, quando couber, estendidos estes como os necessários à realização do transplante incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), quando couber.

XXVI - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Resolução Consu nº 12/98, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

XXVIII – As coberturas dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, compreendem: consultas de aconselhamento para planejamento familiar, atividade educacional para planejamento familiar, sulfato de dehidroepiandrosteron a (SDHEA). Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal.

XXVIII - Atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

Ambulatorial:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para terceiros



(incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

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

c) tratamento básico, assim considerado aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Hospitalar:

a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano de contrato e não cumulativos, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

c) ultrapassados os prazos de internação previstos acima, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de co-participação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;

c) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aqui incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

d) os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além da cobertura integral de 30 (trinta) dias de internação prevista neste inciso, dispõem de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento, conforme indicação do médico assistente, em regime de Hospital-Dia;

e) nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos - inclusive os sintomáticos (F 00 a F 09) - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) - retardo mental (F70 a F79) - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98) do CID 10, a cobertura de até 8 (oito) semanas de tratamento prevista no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.



IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Está excluído da cobertura deste contrato:

- I - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- II - Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declaradas pela autoridade competente;**
- III - Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;**
- IV - Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;**
- V - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;**
- VI - Consultas, tratamentos médicos hospitalares e internações, efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;**
- VII - Despesa de hotelaria do acompanhante, excepcionada a de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) de um acompanhante para:**
 - a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;**
 - b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;**
 - c) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.**
- VIII – Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência UNIMED ALFENAS, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, quando não for possível utilizar serviços credenciados e que serão posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;**
- IX - Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;**
- X - Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XI - Escleroterapia de varizes;**
- XII - Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e as estéticas;**



XIII - Fornecimento de equipamentos e materiais (inclusive órteses e próteses), sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

XIV - Fornecimento de medicamentos (inclusive quimioterápicos) e/ou material cirúrgico, equipamento e material, que não sejam utilizados durante internações ou durante atendimentos ambulatoriais, ou ainda, que não necessitem de supervisão médica e medicamento e material prescritos para uso domiciliar;

XV - Fornecimento de produtos de toalete, higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada a cobertura deste contrato;

XVI - Necrópsias;

XVII - Procedimento que não constem do ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS;

XVIII - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

XIX - Procedimentos exclusivos do segmento obstétrico enquanto não cumpridas as carências respectivas;

XX - Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência do plano contratado, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou entidades não contratadas e também em hospitais ou clínicas que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria ou de categoria diferenciada;

XXI - Quaisquer vacinas, salvo as ministradas durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;

XXII - Qualquer procedimento realizado por profissionais cuja especialidade não seja reconhecida pelo respectivo Conselho de Classe;

XXIII - Qualquer tratamento ou procedimento odontológico, inclusive os relacionados com acidentes, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos que por imperativo clínico, devidamente comprovado, necessitem de ambiente hospitalar;

XXIV - Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza;

XXV - Transplantes, bem como exames para esta finalidade, excetuando-se os transplantes de córnea, rim e autólogos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;



XXVI - Transporte para a realização de exames, exceto em caso de beneficiário internado, exclusivamente por solicitação do médico assistente;

XXVII - Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento, ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXVIII - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, para emagrecimento, exceto o relacionado à obesidade mórbida, ou ganho de peso, finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, mesmo quando a hipertrofia possa repercutir sobre a coluna vertebral, exceto a cirurgia plástica reparadora quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas desde que estejam causando problemas funcionais;

XXIX - Tratamentos, cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e demais órgão reguladores. Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para a mudança de sexo e inseminação artificial.

XXX - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

XXXI - Exames para piscina ou ginástica, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXXII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - Este contrato terá o início de vigência a partir de sua assinatura e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

5.2 - Após o período de vigência mínima, não havendo manifestação em contrário no prazo de 30 (trinta) dias, este contrato prorroga-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado. Não haverá cobrança de taxa no ato da renovação deste contrato.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - No plano privado de assistência à saúde COLETIVO EMPRESARIAL com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o



cumprimento de prazos de carência.

6.2 – Para os contratos com menos de 30 participantes, serão exigidas as seguintes carências:

- a) Casos de Urgência e Emergência - 24 (vinte e quatro) horas, nos termos da Resolução CONSU nº 13 de 03 de novembro de 1998;
- b) Consultas, exames de análises clínicas e raios x sem contraste - 30 (trinta) dias;
- c) Demais procedimentos - 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Partos a termo - 300 (trezentos) dias.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - Para efeitos desta cláusula definimos:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

III - Agravo - como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura UNIMED ALFENAS, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

7.2 – O(s) beneficiário(s) está(ão) obrigado(s), por ocasião de sua inclusão, a informar, ser(em) conhecedor(es) ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança, pela UNIMED ALFENAS, de eventuais prejuízos, nos termos da legislação em vigor.

7.3 - A informação será prestada durante a Entrevista Qualificada, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, formulário específico fornecido pela UNIMED ALFENAS, que deve ser preenchida de próprio punho pelo beneficiário titular, que será parte integrante deste contrato e condição prévia para a inclusão.



7.4 - Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela UNIMED ALFENAS ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

7.5 - A constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade resultará no agravamento do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA ou no cumprimento da Cobertura Parcial Temporária, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério do beneficiário titular, mediante declaração expressa de sua opção.

7.6 - O valor correspondente ao agravamento, se houver, será previamente informado ao beneficiário titular e à CONTRATANTE.

7.7 - No caso da não realização de exame ou perícia médica quando da Entrevista Qualificada, havendo a constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses contados do início da vigência do contrato, da condição do beneficiário titular ou de seus dependentes como portadores ou sofrendores de lesão ou doença preexistente, que era de seu conhecimento prévio, mas que não foi informada na declaração de saúde, estará caracterizada fraude contratual, sendo tomadas as seguintes providências:

- I - Notificação do beneficiário e da CONTRATANTE através de termo próprio;
- II - Interposição de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- III - Após julgamento do processo, se deferido, suspensão da cobertura, exclusão do beneficiário;
- IV - Cobrança do beneficiário ou da CONTRATANTE das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data do recebimento do comunicado ou notificação da UNIMED ALFENAS alegando a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

7.8 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao beneficiário até o resultado do julgamento pela ANS.

7.9 – Contratos com até 30 beneficiários

7.9.1 - No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação COLETIVO EMPRESARIAL, haverá cláusula de Agravamento ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de doenças ou lesões pré-existentes.

7.10 – Contratos com 30 beneficiários ou mais

7.10.1 - No plano privado de assistência à saúde COLETIVO EMPRESARIAL com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou



lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Estão cobertos pelo plano os atendimentos de emergência, como tal definidos os que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente, e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2 - Os atendimentos que envolverem eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia e realização de procedimentos de alta complexidade, caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, durante o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade de internação, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação hospitalar passará a ser do beneficiário ou seu responsável, não cabendo à UNIMED ALFENAS.. nenhum ônus.

8.3 - Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, relativos às complicações no processo gestacional, durante o cumprimento dos prazos de carência, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade de internação, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação hospitalar passará a ser do beneficiário ou seu responsável, não cabendo à UNIMED ALFENAS nenhum ônus.

8.4 - Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, durante o cumprimento dos prazos de carência, terão cobertura do segmento ambulatorial, limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que haja necessidade de internação, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação hospitalar passará a ser do beneficiário ou seu responsável, não cabendo à UNIMED ALFENAS nenhum ônus.

8.5 - Decorridas as 12 (doze) horas previstas ou quando necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a realização 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 correrá por conta e ordem do beneficiário titular ou seu responsável, podendo ser suprida através de:



Unimed

Alfenas

a) Transferência do paciente para a conclusão do atendimento e tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, conforme disposto no art. 7º, da Resolução nº 13 do CONSU, de 3 de novembro de 1998;

b) Assunção direta, por parte do beneficiário titular ou seu responsável, dos encargos do tratamento, excluindo-se as 12 (doze) horas iniciais, na modalidade particular junto ao estabelecimento hospitalar ou pronto-socorro prestador do atendimento.

8.6 - Os atendimentos caracterizados como de urgência resultantes de acidentes pessoais terão cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.7 - Exclusivamente nas situações de Urgência e Emergência, o beneficiário impossibilitado de se dirigir a um prestador constante da rede UNIMED ALFENAS ou credenciada ou que a Urgência e Emergência seja de tal gravidade, que não haja tempo hábil para este deslocamento, a UNIMED ALFENAS se responsabilizará pelo reembolso das despesas pelos atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e não houver indicação médica para a remoção.

I - O reembolso ocorrerá respeitando-se os limites estabelecidos pela Tabela de Reembolso da UNIMED ALFENAS, que contém os valores pagos à rede cooperada, contratada ou credenciada, deduzida a co-participação prevista para cada evento.

II - A Tabela de Reembolso da UNIMED ALFENAS é registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos, de Alfenas.

a) A Tabela de Reembolso da UNIMED ALFENAS se encontra à disposição, para fins de consulta por parte dos beneficiários, nos escritórios da UNIMED ALFENAS

III - O beneficiário será reembolsado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, conforme definida a seguir:

a) Nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, data da realização do evento, contendo o código do CID-10, todos os dados do médico assistente e cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, data da alta, valor cobrado discriminando honorários médicos, exames, diárias e taxas, materiais e medicamentos, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço.

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021



IV - A UNIMED ALFENAS reserva o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento durante o estado de urgência e emergência.

V - Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à UNIMED ALFENAS, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data da alta.

VI - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a UNIMED ALFENAS solicitará complementação dos documentos, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias.

VII - O valor aprovado para reembolso será pago ao beneficiário titular ou seu responsável, sendo indispensável à apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

8.8 - A UNIMED ALFENAS providenciará a remoção terrestre entre hospitais, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica do contrato, quando constatada e comunicada pelo médico assistente à impossibilidade de continuidade do tratamento por falta de recursos do estabelecimento hospitalar.

8.9 - A UNIMED ALFENAS providenciará a remoção terrestre do beneficiário para uma unidade hospitalar do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, após a realização do atendimento de urgência ou emergência nos seguintes casos:

8.9.1 - Que necessitem da realização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade durante o período que o beneficiário estiver sujeito à Cobertura Parcial Temporária para Lesões ou Doenças Preexistente; durante o cumprimento dos prazos de carência.

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

8.11 - Para a remoção, a UNIMED ALFENAS disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.12 - Caso o beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela indicada pela UNIMED ALFENAS esta fica desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.13 Na impossibilidade de remoção, por risco de morte, o beneficiário titular ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a



responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, a UNIMED ALFENAS desse ônus.

8.14 Somente será coberta a remoção que tenha sido comunicada e aprovada pela UNIMED ALFENAS

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 – Das condições de habilitação

I - Para ter acesso a qualquer atendimento será obrigatório a apresentação do Cartão de Identificação válido e um documento de identidade com foto.

9.2 – Autorização prévia

I - Os exames, procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares necessitarão de guia (pedido), emitidas pelo médico assistente e autorizadas previamente pela UNIMED ALFENAS, exceto nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário titular ou seu responsável terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis para regularização.

II - Nos termos do art. 4º da Resolução CONSU Nº 8, de 03 de novembro de 1998, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da UNIMED ALFENAS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED ALFENAS

9.3 – Da Junta Médica

I – As divergências de natureza médica, relacionadas com os serviços, objeto deste contrato, serão dirimidas por uma junta médica composta por 3 (três) profissionais: um nomeado pela UNIMED ALFENAS, outro pelo CONTRATANTE e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois profissionais. Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela associação representativa de médicos, sendo os honorários, deste, assumido pela UNIMED ALFENAS

9.4 – Rede de prestadores referenciados

I - A relação de prestadores de serviços constará do Guia Médico, limitada a abrangência geográfica contratada e será fornecida por ocasião da contratação do plano. Também, poderá ser retirada na sede da UNIMED ALFENAS ou consultada pela internet no endereço eletrônico: www.unimedalfenas.com.br.



II - Os beneficiários deverão localizar os serviços pretendidos no guia médico, no sistema de livre escolha, agendando o dia e hora e comparecendo pontualmente para que não seja tirada a oportunidade de outro atendimento.

III - O número de profissionais Cooperados e/ou Credenciados em cada localidade será sempre compatível com a disponibilidade e a demanda.

IV - A UNIMED ALFENAS manterá a disposição da CONTRATANTE a Relação de Prestadores de Serviços, incluindo a lista completa de profissionais e instituições Cooperados e/ou Credenciados, integrantes de sua rede.

V - A Relação de Prestadores de Serviços não é imutável, podendo sofrer alterações objetivando aprimoramento e aperfeiçoamento dos serviços.

VI - À UNIMED ALFENAS fica reservado o direito de realizar e/ou solicitar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados por seus Cooperados e/ou Credenciados ou não, visando apurar eventuais dúvidas ou esclarecimentos.

VII - Os médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde Cooperados e/ou Credenciados pela UNIMED ALFENAS poderão ser substituídos por outros equivalentes, durante a vigência do contrato.

VIII - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação a CONTRATANTE e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

IX - Na hipótese de substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED ALFENAS durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a UNIMED ALFENAS providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

X - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.5 - Da co-participação

I - A CONTRATANTE, toda vez que o beneficiário fizer uso de Consulta Médica, Exames Complementares, e Procedimentos Ambulatoriais em algum profissional/entidade constante da Relação de Prestadores de Serviço, pagará a

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



UNIMED ALFENAS o valor de pelos procedimentos realizados dentro da área de ação da Unimed Alfenas e da abrangência geográfica do contrato:

- Consultas: R\$ 13,00 cada
- Exames simples: R\$ 2,50 cada
- Exames especiais: R\$ 22,50 cada
- Terapias simples: R\$ 4,50 cada
- Terapias especiais: R\$ 22,50 cada
- Procedimentos ambulatoriais: R\$ 22,50 cada

Em se tratando de procedimentos realizados nas demais localidades e fora da abrangência geográfica contratada ficam estabelecidas as seguintes co-participações:

- Consultas: R\$ 13,00 cada
- Exames simples: R\$ 3,50 cada
- Exames especiais: R\$ 22,50 cada
- Terapias simples: R\$ 4,50 cada
- Terapias especiais: R\$ 22,50 cada
- Procedimentos ambulatoriais: R\$ 22,50 cada

II - Em se tratando de Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, **quando realizada dentro da área de ação da UNIMED ALFENAS**, será cobrada uma co-participação por internação:

- a) Quando plano com acomodação em enfermaria: R\$ 50,00 por internação;

III - Em se tratando de Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, **quando realizada no Sul de Minas**, será cobrada uma co-participação por internação:

- a) Quando plano com acomodação em enfermaria: R\$ 100,00 por internação.



Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



IV – Em se tratando de Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, **realizadas nas demais localidades**, será cobrada uma co-participação por internação:

- a) Quando plano com acomodação em enfermaria: R\$ 200,00 por internação

V - Em se tratando de Internações para o tratamento de Transtornos Psiquiátricos, o valor da co-participação será de 45% (quarenta e cinco) do valor da conta, a partir do:

- a) 31º dia de internação, dentro do mesmo ano contratual, não cumulativo, contínuo ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) 16º dia de internação, dentro do mesmo ano de contrato, não cumulativo, contínuo ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química e necessitem de hospitalização.

VI – O pagamento da co-participação será feito diretamente à UNIMED ALFENAS, após a prestação do serviço, sendo discriminado e cobrado juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

9.6 – Do ato concreto da inclusão

I - A CONTRATANTE enviará à UNIMED ALFENAS **até o dia 28 de cada mês**, a Proposta de Adesão devidamente preenchida, assinada e carimbada pela CONTRATANTE e cópia dos seguintes documentos dos beneficiários:

- a) Cópia do RG;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do comprovante de residência;
- d) Cópia da certidão de casamento ou união estável; e
- e) Cópia da certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam RG;
- f) Cópia do comprovante de vínculo.

II - A entrega dos Cartões Individuais de Identificação será feita após o pagamento da primeira fatura pela CONTRATANTE.

**X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

10.1 - Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial UNIMED ALFENAS serão Pré-estabelecidos.

10.2 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED ALFENAS, mensal e antecipadamente, por beneficiário inscrito neste contrato, o valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA constante na tabela abaixo:

IDADE	VALORES R\$
0 a 18 anos	24,15
19 a 23 anos	31,64
24 a 28 anos	38,17
29 a 33 anos	41,56
34 a 38 anos	42,77
39 a 43 anos	48,09
44 a 48 anos	59,93
49 a 53 anos	84,57
54 a 58 anos	96,66
59 anos ou mais	139,43

10.3 - As contribuições serão pagas até o dia **10** de cada mês.

I - A UNIMED ALFENAS disponibilizará na sua página na internet, a fatura, o demonstrativo e o boleto para que seja efetuado o pagamento.

10.4 - Se a CONTRATANTE não conseguir baixar documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIMED ALFENAS para que não se sujeite às consequências de mora.

10.5 - Caso os valores anotados contenham alguma divergência, caberá à UNIMED ALFENAS comunicar o fato à CONTRATANTE, bem como corrigi-los, sem prejuízo de ambas as partes.

10.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento, serão cobrados juros de mora de 0,15% (zero ponto 15) ao dia, além de multa de mora de 2% (dois por cento), nos

**Unimed**

Alfenas

10.6 - Ocorrendo impropriedade no pagamento, serão cobrados juros de mora de 0,15% (zero ponto 15) ao dia, além de multa de mora de 2% (dois por cento), nos termos da Legislação vigente, sendo que o cálculo da multa é sobre o valor principal já acrescido dos juros de Mora.

10.7 – Demais contribuições

10.7.1 – Da taxa de inscrição

a) Para fins da inscrição a UNIMED ALFENAS cobrará do CONTRATANTE o valor de R\$ 11,00 (onze reais) por beneficiário.

10.7.2 – Da segunda via do cartão de identificação

a) Para fins de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação a UNIMED ALFENAS cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 5,00 (cinco reais) por unidade.

10.7.3 – Da segunda via da fatura e de boleto

a) Para fins de emissão de segunda via da fatura e de boleto, a UNIMED ALFENAS cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 5,00 (cinco reais) por unidade.

10.7.4 – Dos impostos, taxas e despesas bancárias

a) Em conformidade com a legislação vigente a UNIMED ALFENAS cobrará da CONTRATANTE quaisquer Impostos e Taxas, bem como despesas bancárias.

10.7.5 – Da contribuição do agravo

a) O valor do Agravo, quando houver, será somado à CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

10.7.6 – Do pagamento da co-participação

a) O valor de co-participação, pela utilização dos serviços, será cobrado somado à CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

10.7.7 – Da cobrança

a) Nenhum pagamento será reconhecido como efetivado pela UNIMED ALFENAS, se a CONTRATANTE não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br

**XI – REAJUSTE****11.1 – Do reajuste anual**

I - Nos termos da Lei, o valor das CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS, participações, contribuições e inscrições serão reajustadas anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato, levando-se em conta a inflação verificada no período, medida pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) do IBGE ou, se este índice deixar de ser publicado, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

II - Além da atualização prevista neste contrato a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA poderá ser revista na data de aniversário deste contrato, mediante negociação entre as partes, se a receita recebida, deduzidas as despesas administrativas, não for suficiente para cobrir as despesas no atendimento às coberturas do contrato e ainda quando houver aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

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

IV - Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de novos beneficiários, independente da data da inclusão, terão o primeiro reajuste na data base deste contrato.

11.2 – Do reajuste por mudança de faixa etária

I - Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário inscrito, que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês subsequente ao seu aniversário, conforme os percentuais definidos no item 23 – DAS FAIXAS ETÁRIAS.

11.3 – Do reajuste financeiro

I - Com objetivo de garantir a solvência do plano, haverá reajuste de preço toda vez que o custo das despesas médicas e hospitalares pagas aos prestadores de serviços se alterarem a ponto de comprometer seu equilíbrio financeiro, caracterizando Reajuste Financeiro.

II - Esta alteração será fundamentada em estudos técnicos atuariais e ocorrerá anualmente, na data de aniversário deste contrato, de acordo com as normas legais vigentes.

11.4 – Do reajuste técnico

**Unimed**

Alfenas



II - Fica previamente acordado entre as partes que, quando o Índice de Utilização - IU alcançar o percentual de 75 %, será revisto o valor da contraprestação pecuniária.

a) O IU é calculado pela fórmula:

$$IU = \frac{\text{Despesas Assistenciais} - \text{Co-participação}}{\text{Contraprestações pagas}}$$

III - Esta alteração será fundamentada em estudos técnicos atuariais e ocorrerá anualmente, na data de aniversário deste contrato, de acordo com as normas legais vigentes.

XII - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 - Os percentuais de Reajuste por Mudança de Faixa Etária são expressos nesta tabela:

IDADE	PERCENTUAL
0 a 18 anos	00,00%
19 a 23 anos	31,03%
24 a 28 anos	20,63%
29 a 33 anos	8,89%
34 a 38 anos	2,90%
39 a 43 anos	12,42%
44 a 48 anos	24,64%
49 a 53 anos	41,12%
54 a 58 anos	14,30%
59 anos ou mais	44,25%

I - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

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

III - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.



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

III - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.

IV - No caso de opção pelo agravamento da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA já agravada.

XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 – Do vínculo

13.1.1 - O vínculo do beneficiário com a CONTRATANTE deverá ser em caráter empregatício ou estatutário, com previsão de inclusão dos dependentes legais.

13.2 – Do demitido

13.2.1 - A UNIMED ALFENAS assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

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

II - Serão estendidas ao beneficiário as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

III - A condição de beneficiário, assegurada neste artigo, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

IV - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários inscritos no plano.

V - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo, não terá direito a permanecer no plano.

VI - Nos planos coletivos com patrocinador, custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do



beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

13.3 – Do aposentado

13.3.1 - A UNIMED ALFENAS assegura ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

13.3.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

I - Serão estendidas ao beneficiário as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho,

II - A condição de beneficiário, assegurada neste artigo, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

III - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários inscritos no plano.

IV - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano.

V - Nos planos coletivos com patrocinador, custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

13.4 – Da responsabilidade pela permanência no plano do beneficiário empregado do contratante demitido ou aposentado

13.4.1 - Será de responsabilidade da CONTRATANTE a manutenção do seu ex-beneficiário empregado demitido, exonerado, ou aposentado no contrato. O pagamento integral da contraprestação relativa ao ex-beneficiário empregado ou aposentado (titular, grupo familiar e eventuais dependentes) será cobrada pela UNIMED ALFENAS diretamente do beneficiário titular.

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br Site: www.unimedalfenas.com.br



13.4.2 - Exclusivamente em decorrência de cancelamento deste contrato, falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades da CONTRATANTE, a UNIMED ALFENAS disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários nele inscritos sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que o interessado faça opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do cancelamento.

13.4.3 - Constitui obrigação da CONTRATANTE informar, em tempo hábil, aos seus empregados inscritos, sobre o cancelamento do contrato, de forma a permitir a opção prevista no item anterior.

XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 - A perda da qualidade de beneficiário se dá por:

- I – Solicitação formal da CONTRATANTE;
- II – Perda do vínculo;
- III – Fraude devidamente comprovada.

14.2 - A exclusão do beneficiário titular, independente da causa, implica automaticamente na exclusão de todos os seus dependentes.

14.3 - O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição e permanência, será automaticamente excluído do contrato.

14.4 - Os dependentes que perderem a condição de dependência, poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 dias a contar da data de perda do direito de dependência. Sendo inscrito como beneficiário titular, observadas as condições e tabelas vigentes, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 – Da suspensão e rescisão do contrato

a) Por ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da CONTRATANTE, ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;

b) Por omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ALFENAS ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.

I - O atraso no pagamento dos valores devidos por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total do atendimento até



a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo do direito da UNIMED ALFENAS denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

II - A suspensão ou rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.

III - Caso a CONTRATANTE rescinda este contrato ou tenha este contrato rescindido por inadimplência, antes do período de vigência mínima de 12 (doze) meses, ficará sujeito ao pagamento do valor das contribuições que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de indenização mínima por perdas e danos, ressalvado o direito da UNIMED ALFENAS exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

15.2 - Da exclusão e suspensão do beneficiário

15.2.1 - Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

15.2.2 - A UNIMED ALFENAS poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular ou de dependência.

15.3 - Denúncia do contrato

15.3.1 - O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado, poderá ser denunciado por qualquer das partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com suas obrigações.

I - A falta de comunicação, nos termos do item anterior, implica na continuidade das obrigações ora pactuadas.

15.3.2 - É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação dos beneficiários.

15.3.3 - No caso de denúncia do contrato por parte da CONTRATANTE, os beneficiários poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 dias a contar do cancelamento, observadas as condições e tabelas vigentes, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.



15.3.4 - Cabe à CONTRATANTE informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil, para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

15.3.5 - A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da UNIMED ALFENAS quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários vinculados, cessadas as responsabilidades da UNIMED ALFENAS, independentemente da data de início do tratamento, bem como, aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em processo judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.2 - A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED ALFENAS, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o qual a UNIMED ALFENAS manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

16.3 - Os beneficiários por intermédio da CONTRATANTE autorizam a UNIMED ALFENAS a prestar informações, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de normatização e fiscalização da assistência à saúde.

16.4 - A CONTRATANTE se obriga a fornecer cópia e assinar qualquer documento a ser solicitado pela UNIMED ALFENAS para atendimento a Legislação vigente, em especial ao Ressarcimento ao SUS.

16.5 - A UNIMED ALFENAS não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades, UNIMED ALFENAS ou não.

16.6 - As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1931/09 do Conselho Federal de Medicina.

16.7 - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação de qualquer beneficiário vinculado a este contrato, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIMED ALFENAS, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

16.8 - Este contrato foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, ensejará novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.



16.9 - A responsabilidade da UNIMED ALFENAS está restrita exclusivamente as coberturas previstas em Lei e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem este Contrato.

16.10 - É obrigação da CONTRATANTE comunicar formalmente até o dia 28 de cada mês, qualquer alteração de seus dados cadastrais e dos beneficiários vinculados a este contrato, sob pena das sanções previstas em lei.

16.11 - As despesas assistenciais serão pagas diretamente pela UNIMED ALFENAS aos seus cooperados, contratados e credenciados.

16.12 - O beneficiário participante de um plano privado de saúde suplementar, tem à sua disposição todas as coberturas nas condições UNIMED ALFENAS e não renunciou aos seus direitos constitucionais, sendo que, a utilização de qualquer serviço através do Sistema Único de Saúde - SUS é por sua livre escolha.

16.12.1 - Tendo em vista a utilização através do SUS e consequentemente o custo destas internações a serem ressarcidas, as partes ajustam que quando houver a internação de beneficiários vinculados à CONTRATANTE e a ANS enviar a cobrança deste ressarcimento à UNIMED ALFENAS, esgotados todos os recursos administrativos de defesa, estes valores serão repassados à CONTRATANTE através de faturas.

16.13 - É parte integrante deste Contrato:

a) A Relação dos Prestadores de Serviço - (Guia Médico), determinando os locais onde o beneficiário terá direito a atendimento médico, de acordo com condições definidas neste Contrato;

b) A Carta de Orientação ao Beneficiário, a Entrevista Qualificada, a Declaração de Saúde e seus anexos, se for o caso;

c) O Termo de Adesão, o Formulário de Exclusão e de Alteração de dados dos beneficiários;

d) Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC).

XVII - RESPONSABILIDADE SOCIAL

17.1 - A UNIMED ALFENAS, como signatária de projetos de responsabilidade social, bem como certificada pelo selo nacional de Responsabilidade Social outorgado pela Unimed do Brasil, pugna pelas orientações que seguem, considerando inclusive condição restritiva para contratar com as empresas alheias a essas recomendações:

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



- I - Respeitar a legislação atual que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendizes a partir de 14 anos;
- II - Desenvolver esforços para a redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos, tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processos de destinação adequada de resíduos;
- III - Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus colaboradores.

XIX - ELEIÇÃO DE FORO

19.1 - Fica eleito o foro da Comarca da CONTRATANTE, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

XX - DEFINIÇÕES

20.1 - Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

- I - ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- II - ACIDENTE DO TRABALHO:** é qualquer acontecimento casual, fortuito e imprevisto que ocorra com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto, nos termos da legislação trabalhista.
- III - ACOMODAÇÃO HOSPITALAR COLETIVA (ENFERMARIA):** quarto com mais de 1 (um) leito.
- IV - ACOMODAÇÃO HOSPITALAR INDIVIDUAL (QUARTO PRIVATIVO):** quarto individual com banheiro privativo.
- V - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde.
- VI - AGRAVO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- VII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- VIII - ATENDIMENTO (OU PROCEDIMENTO) AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, consultório ou clínica, por um período inferior a 24 (vinte e quatro) horas, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros



Unimed

Alfenas



socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura própria do segmento hospitalar para o atendimento.

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

X - ATENDIMENTO (OU INTERNAÇÃO) HOSPITALAR: é admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

XI - ATIVIDADE COOPERATIVADA: é o trabalho e a prestação de serviços médicos de atendimento à saúde praticado por médicos cooperados, reunidos em uma sociedade cooperativa, nos termos da Lei 5764/71.

XII - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física, inscrita e admitida pela Operadora, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, dependente ou ainda agregado.

XIII - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridade do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

XIV - CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

XV - CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO: é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde devendo ser entregue no momento da assinatura do contrato.

XVI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é o documento que comprova a identificação e inscrição do beneficiário na operadora.

XVII - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - 10ª revisão.

XVIII - COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

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

XX - CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; aprovar o contrato de gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.

XXI - CONSULTA MÉDICA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

XXII - CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (MENSALIDADE): é o valor pecuniário a ser pago mensal e antecipadamente à UNIMED ALFENAS em face das coberturas previstas no contrato.

XXIII - CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, descrita e qualificada neste instrumento, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à



saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de rede própria ou por ela contratada.

XXIV - CONTRATANTE: é a pessoa jurídica descrita e qualificada neste instrumento que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para o quadro societário, demais vinculados e seus respectivos dependentes.

XXV - CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

XXVI - CONTRATO COLETIVO POR ADESAO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

XXVII - CONTRIBUIÇÃO: refere-se ao pagamento decorrente da somatória do conjunto de obrigações assumidas pelo CONTRATANTE, incluindo a co-participação, a Taxa de Inscrição e outros valores devidos previstos neste contrato, que serão cobrados juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

XXVIII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável, reconhecida esta como a união entre homem e mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família.

XXIX - CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, podendo ser em percentuais ou valores monetários.

XXX - CREDENCIADO: pessoa física ou jurídica credenciada pela Operadora, para a prestação de serviços de assistência médica, SADT (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia) e hospitalar, constantes da relação de prestadores de serviços.

XXXI - CTI - conjunto de UTI agrupadas num mesmo local.

XXXII - DECLARAÇÃO DE SAÚDE: formulário a ser preenchido pelo beneficiário ou seu responsável, no qual deverá relacionar todas as doenças e lesões de conhecimento prévio.

XXXIII - DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

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

XXXV - DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde de característica grave e de curta duração, na grande maioria dos casos reversível a tratamento.

XXXVI - DOENÇA CONGÊNITA: deficiência de nascimento, hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, com manifestação a qualquer tempo.

XXXVII - DOENÇA CRÔNICA: são aquelas que atingiram estado mórbido irreversível.

XXXVIII - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

XXXIX - DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

XLI - ESTATUTÁRIO: funcionário cujo vínculo empregatício é regido por Estatuto próprio do Poder Público a que serve.

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



XLII - EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, cobertos por este contrato.

XLIII - EXAME: é o procedimento complementar que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

XLIV - ENTREVISTA QUALIFICADA: orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico (credenciado e/ou referenciado pela operadora) antes da contratação do plano, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

XLV - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC: instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

XLVI - HOSPITAL: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

XLVII - HOSPITAL-DIA (regime de): modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

XLVIII - HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA E HOSPITAL DE ALTO CUSTO: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros.

XLIX - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

L - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir beneficiário no plano, mediante o preenchimento do termo de adesão específico sendo este condicionado ao aceite da UNIMED ALFENAS

LI - INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

LII - LEITO HOSPITALAR: cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva).

LIII - LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA: são considerados como leitos de alta tecnologia as unidades de terapia intensiva (adulto e infantil), de terapia semi-intensiva, de recuperação anestésica, intermediárias coronarianas, de tratamentos de pacientes com queimaduras e de isolamento, conforme definição da Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

LIV - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS: instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem



Unimed

Alfenas

observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

LV - MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS: são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

LVI - MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

LVII - MÉDICO COOPERADO: é o médico cotista de cooperativas de trabalho médico do sistema nacional UNIMED.

LVIII - MÉDICO ORIENTADOR DA ENTREVISTA QUALIFICADA: é o profissional médico com a função de orientar o proponente no ato da Entrevista Qualificada nas questões que envolvam Doença ou Lesão Preexistente.

LIX - OPCIONAL: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.

LX - OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opera produto, serviço ou contrato de assistência de saúde.

LXI - ÓRTESE: São dispositivos de ação temporária que melhoram a função ou possibilitam alcançar um objetivo funcional de um órgão ou segmentos do corpo.

LXII - PARTO NORMAL: aquele que tem início espontâneo. É de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice entre 37 e 42 semanas de gestação e, após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.

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

LXIV - PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: qualquer plano de assistência à saúde comercializada por uma operadora que ofereça atendimento médico-hospitalar de acordo com a segmentação definida pela legislação.

LXV - PLANO REFERÊNCIA: plano de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar, compreendendo parto e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na Legislação.

LXVI - PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: entende-se por deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

LXVII - PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

LXVIII - PREÇO PÓS-ESTABELECIDO: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização dos procedimentos contratados.

LXIX - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência para manutenção da vida do paciente.

Rua Presidente Artur Bernardes, 701 - Centro
CEP 37130-000 - Alfenas - MG

Fone: (35) 3698-1000 - Fax: (35) 3698-1021

E-mail: unimed@unimedalfenas.com.br - Site: www.unimedalfenas.com.br



LXX - PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não caracterizados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

LXXI - PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE PARA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquele classificado como tal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e que poderá constar de cláusula ou aditamento contratual e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

LXXII - PROCEDIMENTOS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA: são todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

LXXIII - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

LXXIV - PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA AMBULATORIAIS: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial;

LXXV - PRÓTESE: São dispositivos destinados a substituir estruturas anatômicas e realizar suas funções.

LXXVI - QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

LXXVII - REAJUSTE CONTRATUAL: atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA estabelecido em contrato para fazer frente à desvalorização da moeda.

LXXVIII - REAJUSTE FINANCEIRO: atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função da variação dos custos médicos e hospitalares.

LXXIX - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função de mudança de faixa etária do beneficiário.

LXXX - REAJUSTE TÉCNICO: reavaliação do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função de alterações no nível de sinistralidade do Plano de Assistência à Saúde.

LXXXI - REDE REFERENCIADA: aquela em que o beneficiário tem direito à assistência à saúde por meio da rede de serviços predefinida e pactuada com livre escolha de prestador de serviço dentro da relação de cooperados, contratados, credenciados ou referenciados.

LXXXII - RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS (GUIA MÉDICO): é a lista dos serviços à disposição dos beneficiários contendo os respectivos endereços dos.



médicos cooperados, serviços próprios, clínicas e hospitais credenciados e contratados.

LXXXIII - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que referencia os procedimentos obrigatórios, individualizados para os planos especificados, de acordo com a segmentação.

LXXXIV - SEGMENTAÇÃO: significa o tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde.

LXXXV - SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela UNIMED ALFENAS, para atendimento médico-hospitalar, diagnóstico e terapêutico.

LXXXVI - SÍNTESE: são dispositivos (placas e parafusos, hastes, fios de sutura, ganchos, fitas, dispositivos carregadores de enxertos etc.) implantados através de procedimento cirúrgico. São os materiais utilizados para aproximar estruturas orgânicas.

LXXXVII - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de cooperativas de trabalho médico independentes entre si, com personalidade jurídica própria.

LXXXVIII - TABELA DE REEMBOLSO E CO-PARTICIPAÇÃO: lista com os valores máximos que a UNIMED ALFENAS se compromete a reembolsar os beneficiários pelos serviços prestados por profissionais e/ou entidades que não constam da Relação dos Prestadores de Serviço da UNIMED ALFENAS. O reembolso acontecerá exclusivamente nos casos de Urgência e Emergência. Também é utilizada como base para a cobrança da co-participação.

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

XC - TITULAR: nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tenha vínculo direto com a pessoa contratante.

XCI - TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

XCII - TRATAMENTO DOMICILIAR: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

XCIII - TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS: assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;



Unimed

Alfenas

XCIV - UNIMED: cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº5.764, de 16 de dezembro de 1971, constituída e administrada por médicos.

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

XCVI - UTI: 1. Unidade de terapia intensiva - unidade que abriga pacientes de requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta - 2. Unidade específica dentro de uma CTI. Exemplo: unidade coronariana.

Alfenas, **01** de **novembro** de 2010.

UNIMED ALFENAS

Contratante

TESTEMUNHAS:

1) _____
NOME:
CPF:

2) _____
NOME: Daniel M. FUGI
CPF: 053 855 976-43