

contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia  
Fisioterapias  
Partos a termo  
Todos as demais coberturas

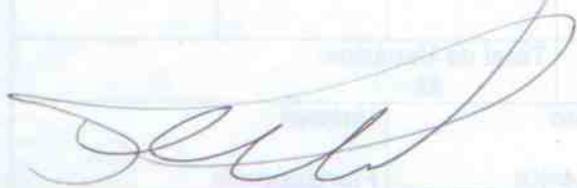
30 dias  
90 dias  
300 dias  
180 dias

**PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS:**

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) Transplantes e as despesas dele decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) Consultas domiciliares;
- l) Quaisquer procedimentos da segmentação odontológica, exceto o item 10 da cláusula 2ª.
- m) Exames admissionais, demissionais e periódicos;
- n) Acidente do Trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho.

Tem conhecimento que a validade da proposta está condicionada a aceitação da CONTRATADA, assumindo integral responsabilidade pelas declarações acima, tendo conhecimento de que caracteriza crime de falsidade ideológica a inexactidão de qualquer informação;

Florianópolis, 1º de abril de 2002.



CONTRATANTE



CONTRATADA

Dr. Nicolau Teixeira Filho  
Vice-Presidente  
UNIMED Florianópolis

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

ÍNDICE

CLÁUSULA 1. <sup>a</sup> – Objeto do Contrato	03
CLÁUSULA 2. <sup>a</sup> - Coberturas	03
CLÁUSULA 3. <sup>a</sup> - Co-participação	05
CLÁUSULA 4. <sup>a</sup> - Carências	05
CLÁUSULA 5. <sup>a</sup> - Urgência e Emergência	05
CLÁUSULA 6. <sup>a</sup> - Procedimentos Excluídos	06
CLÁUSULA 7. <sup>a</sup> - Local da Prestação dos Serviços	07
CLÁUSULA 8. <sup>a</sup> - Usuário Titular e Dependente	07
CLÁUSULA 9. <sup>a</sup> - Inclusão e Exclusão de Usuários	07
CLÁUSULA 10. <sup>a</sup> - Proposta de Contratação, Declaração de Saúde e Contrato	08
CLÁUSULA 11. <sup>a</sup> - Cobertura Parcial Temporária e Agravo	08
CLÁUSULA 12. <sup>a</sup> - Cartão de Identificação	09
CLÁUSULA 13. <sup>a</sup> - Condições de Atendimento	09
CLÁUSULA 14. <sup>a</sup> - Sigilo Médico	10
CLÁUSULA 15. <sup>a</sup> - Funcionários Demitidos	10
CLÁUSULA 16. <sup>a</sup> - Aposentados	10
CLÁUSULA 17. <sup>a</sup> - Despesas Extraordinárias	10
CLÁUSULA 18. <sup>a</sup> - Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência	10
CLÁUSULA 19. <sup>a</sup> - Fundo de Extensão Assistencial (FEA)	11
CLÁUSULA 20. <sup>a</sup> - Condições de Pagamento	12
CLÁUSULA 21. <sup>a</sup> - Pagamento por Custo Operacional	12
CLÁUSULA 22. <sup>a</sup> - Da Mora	12
CLÁUSULA 23. <sup>a</sup> - Do Reajuste	13
CLÁUSULA 24. <sup>a</sup> - Suspensão ou Rescisão Contratual	13
CLÁUSULA 25. <sup>a</sup> - Multa Rescisória	13
CLÁUSULA 26. <sup>a</sup> - Prazo e Vigência	14
CLÁUSULA 27. <sup>a</sup> - Reclamações	14
CLÁUSULA 28. <sup>a</sup> - Foro	14
CLÁUSULA 29. <sup>a</sup> - Anexos	14

CENTRAL DE INFORMAÇÕES 24 HORAS: 0800-483500  
CENTRAL DE REGULAÇÃO S.O.S UNIMED: 0800-488488

025.2296  
SIND DOS TRAB NO PODER JUD FED NO E SC  
R DOS ILHEUS -118/SL.03  
CENTRO  
88010-560 FLORIANÓPOLIS-SC

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
PLANO UNIFLEX NACIONAL COLETIVO POR ADESÃO  
N.º DE REGISTRO: 435.412/01-5**



CONTRATO N.º \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE: Sindicato dos Trabalhadores Poder Judiciário Federal Estado SC**  
Rua dos Ilhéus, nº 118 – Centro – CEP 88.010-560  
Florianópolis – SC – CNPJ 02.096.537/0001-22

**CONTRATADA: Unimed de Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.**  
Rua Dom Jaime Câmara, nº 94 – Centro -- CEP. 88.015-120  
Florianópolis/SC – CNPJ: 77.858.611/0001-08  
Operadora Registro ANS nº 360.449

**CLÁUSULA 1.ª – Objeto do Contrato**

Pelo presente instrumento particular de contrato, as partes acima qualificadas têm justa e contratada prestação de serviços de assistência à saúde, consistente em *Plano de Saúde*, nos termos da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, segundo opção de acomodação feita pelo(a) CONTRATANTE na Proposta de Contratação:

- a) **Plano Uniflex Apartamento:** internação em apartamento *standard* com banheiro privativo e direito a acompanhante;
- b) **Plano Uniflex Enfermaria:** internação em quarto coletivo.

**Parágrafo Primeiro.** O presente contrato observa o Regime de Contratação Coletiva Por Adesão, por este entendendo-se aquele que oferece cobertura completa prestada à população vinculada ao CONTRATANTE, tendo adesão espontânea e opcional do funcionário, associado, ou sindicalizado que participa, total ou parcialmente, no pagamento da contraprestação mensal.

**Parágrafo Segundo.** Será usuária do plano de saúde a população delimitada e vinculada a pessoa jurídica CONTRATANTE, segundo opções formuladas nas Fichas de Adesão preenchidas pelos interessados.

**Parágrafo Terceiro.** À população a que se refere o parágrafo anterior, constituindo os usuários titulares e dependentes do plano de saúde, não é facultada opção de acomodação diferente daquela eleita pelo(a) CONTRATANTE.

**Parágrafo Quarto.** O *Plano Referência* definido na Lei 9.656/98 corresponde à opção pelo Plano Uniflex Enfermaria, segmentações hospitalar em enfermaria e ambulatorial.

**Parágrafo Quinto.** No Plano Uniflex Enfermaria, quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, estarão cobertas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação.

**CLÁUSULA 2.ª - Coberturas**

Os usuários titulares e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde, terão direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar (segundo opção de acomodação por eles feita) a ser efetuado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA e realizado por médicos cooperados desta, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. Além das definições impostas pelo rol de procedimentos da Resolução ANS/RDC n.º 41 de 14 de dezembro de 2000 (ou por regulamentação que a substitua), o atendimento a que se refere o presente artigo observará as seguintes condições de cobertura:

- 1) assistência a saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas e resoluções da ANS.

- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente;
- 4) internações hospitalares, e em centro de terapia intensiva, ou similar, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 5) despesas referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- 6) exames complementares indispensáveis para o 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;
- 7) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- 8) atendimento obstétrico;
- 9) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou formalização da adoção;
- 10) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
- 11) procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada quando da internação hospitalar, consoante resoluções da ANS;
- 12) as órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico e fornecidas pela CONTRATADA ou por quem ela indicar;
- 13) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
- I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas com seus procedimentos vinculados — por estes entendidos aqueles necessários à realização do transplante —, inclusive: despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);
  - II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes;
- 14) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
- I. ambulatorial:**
- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
  - b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativos;

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

#### II) 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, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo, ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- d) além da cobertura especificada nas letras "a" e "b" deste inciso, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia. Nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive os sintomáticos (F 00 a F 09 do CID 10), 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);
- e) a CONTRATADA poderá definir um prazo máximo de 180 dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

#### CLÁUSULA 3.ª - Co-participação

Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 00 % no custo das consultas, exames e procedimentos, limitada a R\$ 0,00 (franquia), por procedimento realizado.

**Parágrafo Único.** Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no item 14, inciso II letras "a" e "b" da cláusula 2ª, haverá controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada, no Plano Uniflex Apartamento, e equivalente a R\$15,00 (quinze reais) no Plano Uniflex Enfermaria.

#### CLÁUSULA 4.ª - Carências.

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os usuários deverão cumprir os períodos de carências abaixo elencados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo usuário:

	CARÊNCIAS
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Fisioterapias	90 dias
• Partos a termo	300 dias
• Todos as demais coberturas	180 dias

#### CLÁUSULA 5.ª - Urgência e Emergência.

A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem *risco imediato de morte*, ou *lesões irreparáveis* para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no

processo gestacional (observadas as disposições dos §§ 3º, 4º, 5º da cláusula 18ª do presente contrato), é assegurada após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

**Parágrafo Primeiro.** Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência limitar-se-á às primeiras 12 (doze) horas. Se, em continuidade ao atendimento de urgência e emergência, for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas.

**Parágrafo Segundo.** Após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a cobertura de sua remoção.

**Parágrafo Terceiro.** Nos casos previstos no parágrafo anterior, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

**Parágrafo Quarto.** Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes.

**Parágrafo Quinto.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**Parágrafo Sexto.** Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 1 (um) dia útil, contado da data de internação, para providenciar os documentos mencionados no inciso IV, da cláusula 13ª, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

**Parágrafo Sétimo.** Os usuários inscritos pelo(a) CONTRATANTE terão direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da Unimed, praticada no Estado de Santa Catarina. O(a) CONTRATANTE ou o usuário deverá entregar toda a documentação relativa as despesas efetuadas, recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência. A documentação deverá ser entregue a CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta, e esta terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para providenciar o reembolso.

## **CLÁUSULA 6ª – Procedimentos Excluídos.**

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) inseminação artificial;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) transplantes e as despesas dele decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) consultas domiciliares;
- l) quaisquer tratamentos odontológicos, exceto o item 10 da cláusula 2ª.
- m) Exames admissionais, demissionais e periódicos;

- n) Acidente do Trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho.

### **CLÁUSULA 7ª – Local da Prestação dos Serviços**

Os serviços ora contratados serão prestados pelos médicos cooperados e rede própria, contratada ou vinculada ao Sistema Nacional Unimed, excluídos da cobertura deste contrato os seguintes hospitais:

- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José e Hospital Santa Joana;
- **Rio de Janeiro (RJ):** Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardiaco – Pronto Socorro Cardiológico e Protocolo Pronto Socorro e Clínica Cardiológica;
- **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABLEY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador e Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital;
- **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- **São Paulo (SP):** Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor – Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A e Pro-Matre Paulista S.A.;

### **CLÁUSULA 8ª - Usuário Titular e Dependente**

Adquirem a qualidade de "usuário" todos os beneficiários do contrato, sendo:

I - **Usuários titulares:** os sócios, diretores e empregados d(o)a CONTRATANTE, ou, no caso de fundação, associação, sindicato ou entidade similar, os associados ou participantes, inscritos como tal para os fins deste contrato;

II. - **Usuários dependentes,** em relação aos usuários titulares:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes;
- f) agregados, definidos como pai, mãe, sogro e sogra que tenham dependência econômica ao titular, comprovada através da declaração do Imposto de Renda ou declaração do INSS.

**Parágrafo Único:** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais hábeis a atestar a condição de dependência.

### **CLÁUSULA 9ª - Inclusão e Exclusão de Usuários**

O (A) CONTRATANTE se obriga a informar à CONTRATADA, através de Ficha de Adesão, a relação dos usuários, incluindo titulares, dependentes, com nome e qualificação completa de cada um deles, bem como a opção de acomodação de cada um, tanto no ato da celebração deste instrumento como posteriormente, sempre que houver inclusões ou exclusões de usuários. Responsabiliza-se o (a) CONTRATANTE pela indicação de dependência, e assegura-se à CONTRATADA o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

**Parágrafo Primeiro.** As inclusões e exclusões deverão ser informadas à CONTRATADA até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

**Parágrafo Segundo.** É assegurada a inscrição dos filhos dos usuários titulares e de seus dependentes, nas mesmas condições de cobertura que tenha a mãe do recém-nascido, inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que:

- a) a mãe tenha cumprido seus prazos de carências;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento;
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade.

**Parágrafo Terceiro.** Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura que tenha o(a) adotante, inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção, exceto para doenças preexistentes.

**Parágrafo Quarto.** Será automaticamente excluído do contrato o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

- a) mediante comunicação imediata e por escrito do(a) CONTRATANTE, comprovadamente entregue à CONTRATADA, que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- b) que permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, ainda que sem o seu conhecimento.

#### **CLÁUSULA 10ª – Proposta de Contratação, Declaração de Saúde e Contrato**

O (A) CONTRATANTE deverá preencher e assinar o contrato, a Proposta de Contratação, as Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde e as Declarações de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária dos usuários titulares e seus dependentes.

**Parágrafo Primeiro.** As Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde e as Declarações de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária serão também assinadas pelos usuários.

**Parágrafo Segundo.** O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) usuários.

**Parágrafo Terceiro.** Caso o número de usuários seja inferior a 50 (cinqüenta), será necessário o preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde, uma para cada usuário inscrito.

**Parágrafo Quarto.** Com base nas declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos usuários a realização de uma **avaliação médica** por médico perito, escolhido dentre relação fornecida pela CONTRATADA.

**Parágrafo Quinto.** A CONTRATADA poderá solicitar complementarmente a realização de alguns exames, que auxiliarão o médico perito durante sua avaliação. Será entregue uma guia para realização destes exames para o usuário, devendo o resultado destes exames acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

**Parágrafo Sexto.** O custo da avaliação médica, quando realizada por um dos médicos da CONTRATADA, bem como os exames solicitados, serão realizados por conta da CONTRATADA.

#### **CLÁUSULA 11ª – Cobertura Parcial Temporária e Agravo.**

Havendo a caracterização de *doença ou lesão preexistente*, com base nos resultados apurados na Declaração de Saúde, o usuário e/ou o (a) CONTRATANTE poderá optar:

- a) pela Cobertura Parcial Temporária, por esta entendendo-se a suspensão, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes;
- b) pelo Agravo do contrato, que consiste em acréscimo do valor da prestação, definido com base em cálculos atuariais, permitindo a cobertura da doença preexistente após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

**Parágrafo Primeiro.** A opção será feita através da *Declaração de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária*, a ser anexada ao presente contrato.

**Parágrafo Segundo.** A cobertura parcial temporária ou o agravo não serão empregados nos contratos com mais de 50 (cinquenta) usuários inscritos.

**Parágrafo Terceiro.** Para efeito de aplicar-se o benefício previsto no parágrafo segundo será considerado o número total de usuários inscritos no mês anterior ao da inclusão dos novos usuários.

## **CLÁUSULA 12ª – Cartão de Identificação**

A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

**Parágrafo Primeiro.** No cartão de identificação, o *Plano Uniflex Apartamento* será indicado pela expressão "Plano 1 e 3", e o *Plano Uniflex Enfermaria* pela expressão "Plano 2 e 3".

**Parágrafo Segundo.** Em caso de exclusão de dependente, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

**Parágrafo Terceiro.** Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão será de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado em conformidade com as disposições da cláusula 23ª.

## **CLÁUSULA 13ª - Condições de atendimento**

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

- I. **Consultas:** os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, conforme GUIA MÉDICO DA CONTRATADA, dentre os cooperados das cooperativas médicas UNIMED, observado o horário normal de seus consultórios;
- II. **Atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais e obstétricos:** serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela CONTRATADA;
- III. **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação exclusiva do médico cooperado e autorização prévia da CONTRATADA;
- IV. **Internações hospitalares:** serão processadas mediante *Pedido de internação* assinado pelo médico cooperado (salvo nas hipóteses de urgência e emergência) e *Guia de Internação* expedida pela CONTRATADA em favor do usuário.

**Parágrafo Primeiro.** Os usuários titulares receberão um **Guia Médico**, que conterà a relação dos profissionais e entidades prestadoras de serviços, da área de ação da CONTRATADA.

**Parágrafo Segundo.** Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico ou hospital, não remanescendo qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

**Parágrafo Terceiro.** Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

**Parágrafo Quarto.** Os usuários com mais de 65 (sessenta e cinco) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos terão prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

#### **CLÁUSULA 14ª Sigilo Médico**

Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

#### **CLÁUSULA 15ª Funcionários Demitidos**

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, não sendo considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) assuma o pagamento integral;
- c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, cabendo à(o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este respeito no ato da rescisão;
- d) mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

**Parágrafo Primeiro.** O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

**Parágrafo Segundo.** O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício quando de sua admissão em novo emprego.

#### **CLÁUSULA 16ª Aposentados**

Observadas as exigências das letras "a", "b", "c" e "d" da cláusula anterior, ao aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo seguinte tempo:

- a) se contribuía para o plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se contribuía para o plano por menos de 10 (dez) anos: a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

#### **CLÁUSULA 17ª - Despesas Extraordinárias.**

A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes.

**Parágrafo Único.** A responsabilidade pelo pagamento destas despesas será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

#### **CLÁUSULA 18ª - Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência.**

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência estará à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, sendo o atendimento efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento, observadas as limitações de cobertura contratuais.

**Parágrafo Primeiro.** Para a utilização do serviço, o paciente deve estar em situação que exija cuidados médicos imediatos e intensivos, com risco de morte, situação esta detectada pelo médico responsável, o qual deverá fazer a solicitação diretamente à Central de Atendimento.

Neste caso, poderão ser feitos os seguintes trajetos:

- a) De um hospital para outro com maiores recursos;
- b) Ou para um hospital na cidade onde reside o usuário, dentro do Estado de Santa Catarina.

**Parágrafo Segundo.** O serviço poderá ser utilizado também pelo paciente que, na alta hospitalar, com justificativa do médico assistente, esteja impossibilitado de ser transportado para sua residência por meios normais.

**Parágrafo Terceiro.** A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para certificar-se de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo.

**Parágrafo Quarto.** O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

**Parágrafo Quinto.** O transporte e a internação do paciente em um hospital fora da área de ação da UNIMED da qual o mesmo é usuário, necessitará de autorização prévia desta, salvo nos casos de urgência ou emergência.

**Parágrafo Sexto.** Estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, além dos portadores de insuficiência renal crônica, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

**Parágrafo Sétimo.** As aeronaves não conterão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marcapasso externo, para eventual utilização durante o transporte.

**Parágrafo Oitavo.** - Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo.

**Parágrafo Nono.** Para a aquisição deste benefício, os usuários deverão cumprir 60 (sessenta) dias de carência, a partir da data da sua inscrição, ressalvadas as hipóteses de urgência e emergência disciplinadas na cláusula 5ª deste contrato.

## **CLÁUSULA 19ª – Fundo de Extensão Assistencial (FEA)**

Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes, (exceto aqueles definidos na letra "f" do inciso II da cláusula 8ª) terão direito aos serviços previstos nos planos em que se encontrarem inscritos, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades.

**Parágrafo Primeiro.** Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo, segundo definição do inciso II da cláusula 8ª.

**Parágrafo Segundo.** O direito ao FEA não se efetuará nos seguintes casos:

- a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem rigorosamente em dia;
- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;