

Instrumento Jurídico

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE S/A

INSCRIÇÃO NO CNPJ -047.457.53/0001- 87

REGISTRO NA ANS - 41.458-1

CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS – Medicina de Grupo

ENDEREÇO – Praça Coronel Tertuliano Almeida, n. 05, bairro Kalilândia, Feira de Santana (BA).

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Pessoa Física:

Nome; _____

Filiação; _____

Data de nascimento; ____/____/____

Inscrição no Cadastro de Pessoa Física; _____

Cédula de Identidade - Órgão Expedidor; _____

Endereço. _____

III - NATUREZA DO CONTRATO

O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

IV - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

UNIÃO MÉDICA IND. SEM OBSTETRICIA APARTAMENTO

Registro do Plano na ANS: **470.405/13-3**

UNIÃO MÉDICA IND. SEM OBSTETRÍCIA ENFERMARIA

Registro do Plano na ANS: **470.406/13-1**

V - TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual Ou Familiar

VI - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL + HOSPITALAR + SEM OBSTETRÍCIA.

VII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE GRUPO DE MUNICÍPIOS

VIII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

INDIVIDUAL: Enfermaria

INDIVIDUAL: Apartamento

CLÁUSULA 1ª OBJETO DO CONTRATO

Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

CLÁUSULA 2ª CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2.1- São beneficiários titulares as pessoas físicas que, através do TERMO DE ADESÃO, admitida pela UNIÃO MÉDICA, integrará este contrato para todos os fins de direito.

Parágrafo Primeiro: É assegurada a inclusão, na condição de dependente do titular, as pessoas abaixo indicadas:

- o cônjuge;
- o companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- os filhos, até 21 (vinte e um) anos incompletos,
- o menor sob guarda por força de decisão judicial e os menores tutelados, que ficam equiparados aos filhos;

Parágrafo Segundo: É assegurada a inclusão, isento do cumprimento de carências:

- do recém-nascido, filho natural ou filho adotivo (recém-nascido ou menor de doze anos), sob guarda ou tutela, isento do prazo de carências, desde que a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, tutela ou guarda;
 - a) em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, dependente será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial;
 - b) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.
- cônjuge do cliente titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

Parágrafo Terceiro: No caso das crianças nascidas de parto coberto pela operadora, será garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular

Parágrafo Quarto: Ficará a critério da UNIÃO MÉDICA a realização de exame prévio de admissão nos clientes, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A UNIÃO MÉDICA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento, e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo único. As coberturas médico-hospitalares descrita no caput referem-se aos atendimentos realizados exclusivamente no Brasil, dentro da segmentação, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, e da área de abrangência estabelecida no contrato.

3.2 - Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitada a relação existente entre a UNIÃO MÉDICA e seus prestadores de serviço de saúde.

3.3 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

3.4 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

3.5 - As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada à cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

3.6 - O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços credenciados pela UNIÃO MÉDICA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

3.7 - Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.

3.8 - Estão cobertos os atendimentos relacionados com acidente de trabalho e saúde ocupacional. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

COBERTURA AMBULATORIAL

3.9 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento do Rol da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas às seguintes exigências:

- I - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.
- III - Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido nas DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento constantes no Rol de Procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento;
- IV - Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido nas DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento constantes no Rol de Procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.
- V - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.
- VI - Cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, nos termos da RN 192/2009 da ANS, e suas atualizações, e de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento.
- VII - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS, vigente à época do evento.
- VIII - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;
- IX - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
- X - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos

empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

XI - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde observado seguinte:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

XII - Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da solicitação.

XIII - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares.

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da solicitação.

XVI - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

COBERTURA HOSPITALAR

3.10 - A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, em regime de internação, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

II - Cobertura de hospital dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da solicitação, observado o seguinte:

- a) Entende-se como hospital dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- b) Atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- c) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- d) A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital dia, em internações de curta permanência, se dará a critério do médico assistente.

III - Cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.
- e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.
- f) Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- g) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.

IV - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecido os critérios definidos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

V - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

- a) cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME's necessários à execução dos procedimentos;
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela UNIÃO MÉDICA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a UNIÃO MÉDICA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela UNIÃO MÉDICA.

VI - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas portadoras de deficiências.

VII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

VIII - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:

- a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

IX - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos 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, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- c) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;

- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção. X - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

XI - Cobertura de 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.

XII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

XIII - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.

XIV - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XV - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XVI - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, 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 e respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS.

XVII - Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

XVIII - Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da UNIÃO MÉDICA.

COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

3.11 - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID – 10 e respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS, de acordo com as diretrizes seguintes:

I. Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a 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.

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 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 franquia do beneficiário no percentual de 50% (Cinquenta pontos percentuais) do custeio de cada diária excedida.
- d) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aqui incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- e) 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;
- f) 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.

CLÁUSULA 4ª – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

- I** - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- II** - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- III** - inseminação artificial e fertilização, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV** - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V** - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VI** - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- VII** – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- VIII** - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- IX** – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X** - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI** - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- XII** – consultas domiciliares;
- XIII** – próteses importadas não nacionalizadas (que não possuem registro na ANVISA);
- XIV** - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;
- XV** - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- XVI** - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;
- XVII** - cirurgias para mudança de sexo;
- XVIII** - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XIX** - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XX** - vacina e sua aplicação;
- XXI** - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXII** - todo e qualquer atendimento domiciliar, home care, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XXIII** - remoção domiciliar;
- XXIV** - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
- XXV** - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- XXVI** - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XXVII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVIII - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXIX- tratamentos em SPA e casas sociais;

XXX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXII - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXXIII - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXXIV - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Primeiro. A UNIÃO MÉDICA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 5ª – VIGÊNCIA

5.1 Este contrato terá duração mínima de 1(um) ano com início de vigência na data de pagamento da mensalidade inicial.

CLÁUSULA 6ª - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

6.1 Este contrato será prorrogado, automaticamente e sem a necessidade do pagamento de taxa ou outro qualquer valor, por tempo indeterminado.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 - Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento dos períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da inscrição do usuário no plano de saúde.

	CARÊNCIAS
--	------------------

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames simples	30 dias
Internamento	180 dias
Exames complementares e Procedimentos de Alta complexidade	180 dias
Pré-existência	24 meses

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 - O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

Parágrafo Primeiro. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas em 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 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Parágrafo Segundo. Todos os beneficiários inscritos no plano deverão informar à UNIÃO MÉDICA por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Terceiro. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Parágrafo Quarto. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico referenciado pela UNIÃO MÉDICA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

- a) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais disponibilizados pela UNIÃO MÉDICA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- b) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde 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.

Parágrafo Quinto. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIÃO MÉDICA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Sexto. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIÃO MÉDICA oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Parágrafo Sétimo. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

8.3 - 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Parágrafo Primeiro. 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.

Parágrafo Segundo. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIÃO MÉDICA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Parágrafo Quarto. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998. É vedada à UNIÃO MÉDICA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data de adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Quinto. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Sexto. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

- a) A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- b) A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- c) Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- d) Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.
- e) Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Parágrafo Sétimo. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e o período de vigência do Agravo.

CLÁUSULA 9ª – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 - Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.2 – A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional rege-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.3 - Nas situações de urgência e emergência é assegurado aos beneficiários:

- a) Garantia para atendimentos de urgência e emergência, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário no plano (titular ou dependente, conforme o caso);
- b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde

- a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência, limitados até às primeiras 12 horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;
 - d) Garantia de atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados diretamente às Doenças e Lesões Preexistentes;

9.4 - Em caso de aplicação da cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência se aplica somente em hipóteses de necessidade de coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Parágrafo Único. Nesses casos, o plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência neste caso, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

CLÁUSULA 10ª – REMOÇÃO

10.1- A operadora garantirá a cobertura da REMOÇÃO do paciente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, previstos no contrato, em território brasileiro, nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a UNIÃO MÉDICA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE;
- c) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo períodos de carência para internação;
- d) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à UNIÃO MÉDICA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha

dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a OPERADORA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS

Parágrafo Primeiro. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o usuário em período de Cobertura Parcial Temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIÃO MÉDICA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a UNIÃO MÉDICA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Quarto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a UNIÃO MÉDICA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

10.2 – Os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), dentro da área geográfica de abrangência, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIÃO MÉDICA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da UNIÃO MÉDICA , disponível na sede da Operadora.

Parágrafo primeiro. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, realizado enquanto perdurar o estado de urgência e emergência, cobertos por este contrato, sendo assegurado o reembolso no valor mínimo praticado pela operadora no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega da documentação.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a UNIÃO MÉDICA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

CLÁUSULA 11ª – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela UNIÃO MÉDICA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I - COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à UNIÃO MÉDICA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

Parágrafo Primeiro. As consultas médica, em consultório e pronto socorro, deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre a relação de profissionais da UNIÃO MÉDICA, ou excepcionalmente, em casos de urgência e emergência, dentre os médicos integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, serão realizados mediante coparticipação de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), devendo ser paga diretamente ao prestador no momento da prestação do serviço.

Parágrafo Segundo. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante franquia, de 50% (cinquenta por cento) do total das despesas médicas com o tratamento, devendo o valor equivalente à coparticipação ser pago diretamente ao prestador.

Parágrafo Terceiro. Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente.

II. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

11.2 - A UNIÃO MÉDICA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIÃO MÉDICA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

Parágrafo Primeiro. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela UNIÃO MÉDICA, em pleno vigor.

11.3 – É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIÃO MÉDICA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a UNIÃO MÉDICA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente, ou quando for comprovada uma das causas excludente de responsabilidade.

11.4 - A UNIÃO MÉDICA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos e Diretrizes de uso da

ANS, vigentes, através de médicos cooperados e, eventualmente, médicos não cooperados integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, conforme guia médico pertencente ao plano adquirido, entregue no ato de sua inscrição. O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia médico na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet.

11.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à UNIÃO MÉDICA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 10,00 (dez reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

III. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

11.6 - Os serviços contratados são prestados por médicos integrantes do corpo clínico da rede própria, serviços credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da UNIÃO MÉDICA.

Parágrafo Primeiro. Os serviços serão prestados mediante apresentação pelo beneficiário, da solicitação/indicação escrita pelo médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da UNIÃO MÉDICA, respeitado o limite de uso estabelecido, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde.

Parágrafo Segundo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da UNIÃO MÉDICA, sob pena desta não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Terceiro. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a UNIÃO MÉDICA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a UNIÃO MÉDICA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

11.7 - A UNIÃO MÉDICA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde e no contrato.

11.8 - Será disponibilizado ao beneficiário, no site da operadora, o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. A atualização do guia médico também estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento e na internet.

11.9 - A UNIÃO MÉDICA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

11.10 - Condições diferenciadas de atendimento:

- a) UNIÃO MÉDICA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais. As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.
- b) UNIÃO MÉDICA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-períto desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela UNIÃO MÉDICA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

11.11 - Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

11.12 - A UNIÃO MÉDICA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a UNIÃO MÉDICA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIÃO MÉDICA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a UNIÃO MÉDICA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a UNIÃO MÉDICA solicitará a ANS autorização expressa.

CLÁUSULA 12ª – FORMAÇÃO DE PREÇO

12.1 - Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13ª – PAGAMENTO DA MENSALIDADE

13.1 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIÃO MÉDICA, os valores relacionados no TERMO DE ADESÃO para efeito de inscrição e mensalidade.

Parágrafo Primeiro. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier substituí-lo calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Parágrafo Segundo. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Parágrafo Terceiro. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente sede da UNIÃO MÉDICA para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Quarto. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

13.2 - Eventuais valores de co-participação deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, e serão cobrados no momento do atendimento.

CLÁUSULA 14ª – DOS REAJUSTES

14.1 - Os valores das contraprestações pecuniárias definidas no TERMO DE ADESÃO, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses, com base nos Índices definidos e autorizados pela ANS.

Parágrafo Primeiro. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes terão reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato para o cliente titular unificando-se as respectivas datas base.

Parágrafo Segundo Os reajustes subseqüentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste item.

CLÁUSULA 15ª – DOS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

15. 1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada associado inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos associados que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do associado.

15.2 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no TERMO DE ADESÃO e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, reajustando a mensalidade, no mês subseqüente ao de seu aniversário, de acordo com a TABELA DE FAIXA ETÁRIA abaixo indicada:

Faixa etária	Percentual de reajuste
0 até 18 (dezoito) anos	0,00%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	17,89%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	14,06%
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	15,66%
34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos	3,55%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	19,85%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	27,33%
49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos	30%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	25%
59(cinquenta e nove) anos ou mais	50%

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

Parágrafo Segundo. Os clientes com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA 16ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E EXCLUSÕES

16.1 - A eventual exclusão de o cliente titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, dependentes, se for o caso.

16.2 - O cliente que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

inscrição, será automaticamente excluído do contrato.

16.3 - O cliente que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato. A exclusão de o cliente titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

16.4 - Haverá ainda a perda da qualidade de beneficiário dependente, nos casos:

- a) O cônjuge, em caso de divórcio ou separação;
- b) Os filhos solteiros, que completem idade superior a 21 anos completos e não estejam cursando nível superior;
- c) Os filhos solteiros, que ainda sejam beneficiários dependentes por estarem cursando nível superior, que completem idade superior a 28 anos completos;
- d) O convivente, que antes tenha a qualidade de beneficiário por haver união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial, que se desvincule do titular;

Parágrafo Primeiro. Os dependes que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda da condição de dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

CLÁUSULA 17ª – RESCISÃO

17.1. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, desde que o CONTRATANTE tenha sido comprovadamente notificado, e sem prejuízo do direito de a UNIÃO MÉDICA denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

17.2 Este contrato poderá também ser rescindido quando ocorrer à denúncia unilateral por motivos de inelegibilidade, ou de perda dos direitos de titularidade ou dependência por parte dos beneficiários.

17.3 Rescinde-se, também, este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo fraudes, tais como:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos clientes, na utilização do objeto deste contrato;
- b) utilização indevida do cartão individual de identificação da UNIÃO MÉDICA;
- c) no resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- d) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

17.4 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIÃO MÉDICA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus

dependentes, cessado as responsabilidades da UNIÃO MÉDICA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

17.5 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIÃO MÉDICA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a UNIÃO MÉDICA, a partir da exclusão do cliente, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

- a) Considera-se uso indevido a utilização do cartão de identificação para obter atendimento, mesmo que na forma acordada pelos clientes que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam clientes, com ou sem o conhecimento destes.
- b) O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer cliente, a critério da UNIÃO MÉDICA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências.

CLÁUSULA 18ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIÃO MÉDICA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da proposta de admissão para a devida apuração.

18.2- Fica assegurado ao consumidor, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da UNIÃO MÉDICA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos 2 (dois) profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIÃO MÉDICA.

18.3 - O CONTRATANTE, por si e pelos seus dependentes, autoriza a UNIÃO MÉDICA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

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

18.5 - Integram este contrato para todos os fins de direito o TERMO DE ADESÃO e a Declaração de Saúde firmada pelo CONTRATANTE.

18.6 - Ocorrendo à perda ou extravio do cartão de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIÃO MÉDICA para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

18.7 - Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objetos de aditivo ao presente contrato quando couber.

CLÁUSULA 19ª - ELEIÇÃO DE FORO

19.1 - Fica eleito o Foro da Cidade de Feira de Santana/BA, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE S/A

CONTRATANTE