

**ADM**Administradora
de benefícios

Administradora: ADM Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ: 09.035.280/0001-48
Registro na ANS nº 41755-6
Operadora: Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ: 04.487.255/0001-81
Nº de registro na ANS: 00.070-1
Nº de registro do produto: 444.183/03-4
Site: <http://www.aon.com/brasil/manual-beneficiario.jsp>
Tel.: (11) 4095-1010

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	1
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	9
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	31
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	34

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	32
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	39
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	32
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	49
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	43
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	46

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

PRODUTO SAÚDE EMPRESARIAL LÍDER

ANS Nº 444.183/03-4

CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial

SEGMENTO: Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Nacional

ÁREA DE ATUAÇÃO: Nacional

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Individual (Apartamento)

FORMAÇÃO DE PREÇO: Pré-estabelecido

ABRANGÊNCIA: Rede Referenciada Nacional e Reembolso

SUMÁRIO DAS CONDIÇÕES GERAIS

I. ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
III. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	9
IV. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	31
V. DURAÇÃO DO CONTRATO	32
VI. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	32
VII. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	34
VIII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	36
IX. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	37
X. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	39
XI. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	42
XII. REAJUSTE	43
XIII. FAIXAS ETÁRIAS	45
XIV. BÔNUS – DESCONTOS.....	46
XV. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	46
XVI. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS	48
XVII. RESCISÃO/SUSPENSÃO	49
XVIII. DISPOSIÇÕES GERAIS	51
XIX. ELEIÇÃO DE FORO	58

CONDIÇÕES GERAIS

I. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir aos Segurados, incluídos na Apólice, o reembolso (para livre escolha) ou o pagamento diretamente ao prestador dos serviços (quando utilizada a rede referenciada), dos custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previstos na Lei 9656/98, visando a assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observadas as coberturas, os limites e as exclusões contratuais.

1.2. Trata-se de contrato coletivo empresarial, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.3. Ratifica-se a informação que foi oferecido ao Estipulante o Produto Referência Uniseg Essencial nº ANS 425.282/99-9 e que o **Estipulante optou pela não contratação desse Produto**.

II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS E MOVIMENTAÇÃO

2.1.1. Este seguro destina-se ao grupo delimitado e vinculado ao ESTIPULANTE por relação empregatícia ou estatutária, incluindo ou não o grupo familiar do Segurado Principal, sendo o contrato celebrado por intermédio do ESTIPULANTE e com cobrança dos prêmios também sob responsabilidade do ESTIPULANTE. A vinculação exigida entre o Segurado Titular e o ESTIPULANTE também abrangerá: (i) os sócios e/ou os administradores da empresa ESTIPULANTE; (ii) os agentes políticos; (iii) os trabalhadores temporários; (iv) os estagiários e menores aprendizes; (v) os inativos que tenham sido vinculados anteriormente ao ESTIPULANTE, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98-e Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, da ANS.

2.1.2. O ESTIPULANTE inscreverá o Segurado Titular no plano, **não sendo permitida a escolha de plano diferente para um mesmo grupo familiar**.

2.1.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Segurado Titular no plano.

2.1.3.1. Para o grupo inicial a vigência respeitará o disposto nestas Condições Gerais.

2.1.4. A Seguradora poderá exigir, a qualquer tempo, documentos oficiais que comprovem o vínculo – entre o Segurado Titular e o Estipulante – empregatício formal, societário ou que corresponda a qualquer uma das formas de abrangência descritas acima, ou, ainda, a relação de dependência entre o Segurado Principal, seus Dependentes e Agregados, quando inscritos.

2.1.5. PARA GRUPO SEGURÁVEL COM MENOS DE 30 (TRINTA) VIDAS E/OU PEDIDOS DE INCLUSÃO DE PROPONENTE(S) DECORRIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA VINCULAÇÃO DO PROPONENTE AO ESTIPULANTE

2.1.5.1. Nos casos permitidos nestas Condições Gerais, a SEGURADORA poderá exigir, no momento da contratação ou adesão, para aceitação dos Segurados, **o preenchimento de cartão proposta, com declaração pessoal de saúde e atividade.**

2.1.5.2. A declaração pessoal de saúde e atividade consiste num formulário, elaborado pela SEGURADORA, para registro das informações sobre as doenças e lesões de que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão no seguro saúde.

2.1.5.3. O **cartão-proposta** preenchido em desacordo com os critérios da SEGURADORA será **recusado** e devolvido ao ESTIPULANTE.

2.1.5.4. Prevalecendo interesse na contratação, o ESTIPULANTE deverá reenviar novo cartão-proposta, com as devidas correções, **para nova análise da SEGURADORA.**

2.1.5.5. A SEGURADORA terá prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento do cartão-proposta na SEGURADORA, sob protocolo, para se pronunciar sobre o conteúdo do referido documento. Não havendo manifestação nesse prazo, a proposta estará automaticamente aceita.

2.1.5.6. Quando exigida declaração pessoal de saúde fica **facultada ao proponente** preenchê-la com a orientação de médico à sua escolha, dentre os pertencentes à rede referenciada e indicada para essa finalidade, a expensas da SEGURADORA, podendo optar por médico não pertencente à rede, **assumindo, neste caso, as respectivas despesas.**

2.1.5.7. A perícia ou exame médico terá **validade de 30 (trinta) dias**, contados de sua realização, após o que o proponente **deverá submeter-se a novo procedimento às suas expensas.**

2.1.5.8. Caso a SEGURADORA solicite documentos, com vistas ao melhor esclarecimento do cartão-proposta, **este será considerado NÃO aceito, reiniciando novo prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento da documentação solicitada.**

2.1.5.9. De acordo com a definição de doença ou lesão preexistente constante dessas Condições Gerais, deverá o Segurado ou seu representante legal informá-la à SEGURADORA, independentemente da exigência do preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, sob pena de imputação de fraude, com a consequente perda de direito ao seguro, observado o disposto nos demais itens nestas Condições Gerais.

2.1.5.10. Identificado indício de fraude por parte Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao seguro saúde, a SEGURADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá:

- a) Oferecer cobertura parcial temporária ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao seguro saúde; ou
- b) Oferecer o agravo, ou
- c) Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.

2.1.5.11. Nas situações onde a SEGURADORA não optar, a seu único e exclusivo critério, por oferecer a cobertura total sem qualquer ônus adicional ao Segurado, o oferecimento do agravo previsto nestas Condições Gerais será opcional, sendo obrigatório o oferecimento de cobertura parcial temporária.

2.1.5.12. A SEGURADORA não poderá suspender a cobertura assistencial ou rescindir unilateralmente o contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

2.1.5.13. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Segurado a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a SEGURADORA poderá oferecer ao Segurado, a seu único e exclusivo critério, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Segurado.

2.1.5.14. Caso a SEGURADORA opte pelo não oferecimento de cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, a mesma deverá oferecer ao Segurado a cobertura parcial temporária, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à cobertura parcial temporária.

2.1.5.15. Nos casos em que seja aplicável cobertura parcial temporária ou agravo, será utilizado o Rol de Procedimentos de alta complexidade constante da Resolução da ANS, publicada no Diário Oficial da União, que esteja em vigor na data da ocorrência do evento.

2.1.5.16. Quando, em razão de preexistências declaradas pelo proponente, a este for oferecida opção por cobertura parcial temporária ou agravo, **a aceitação de sua proposta se dará automaticamente com o recebimento, pela SEGURADORA, de sua opção por escrito e expressamente manifestada.**

2.1.5.17. Quando a SEGURADORA realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Segurado, com vistas à sua admissão no Seguro Saúde, será vedada a alegação posterior quanto a omissão de informação de doença e lesão preexistente.

2.1.6. PARA GRUPO SEGURÁVEL A PARTIR DE 30 (TRINTA) VIDAS

2.1.6.1. O ESTIPULANTE se obriga a fornecer a relação dos Segurados a serem inscritos, em conformidade com padrões de arquivo e formulários definidos pela SEGURADORA.

2.1.6.2. Nos contratos com número de Segurados maior ou igual do que 30 (trinta), **não poderá ser exigido pela SEGURADORA a aplicação de carência, cobertura parcial temporária ou agravo, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o proponente formalize, através de pedido expresso à SEGURADORA, o pedido de ingresso na Apólice em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação ao ESTIPULANTE.**

2.1.6.3. Após esse prazo, os pedidos de inclusão de novos proponentes poderão ser aceitos, a critério exclusivo da SEGURADORA, **ficando os proponentes sujeitos ao cumprimento dos prazos de carências, bem como, eventualmente, da aplicação da cobertura parcial temporária ou agravo, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.**

2.1.7. SEGURADOS PRINCIPAIS

2.1.7.1. Poderão ser aceitos neste Seguro, como Segurados Principais, os componentes do Grupo

Segurável que, ao tempo da assinatura da Proposta do Seguro ou da solicitação de inclusão neste Contrato, estejam em atividade na empresa.

2.1.7.2. Para inclusão de Segurado Principal, após o início de vigência do contrato, **será necessário o envio de documento que comprove a data de sua vinculação ao ESTIPULANTE.**

2.1.8. SEGURADOS DEPENDENTES

2.1.8.1. Poderão ser aceitos como Segurados Dependentes, **desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Principal:**

- a. Cônjugue ou companheiro(a);
- b. Filhos solteiros menores de 24 anos;
- c. Filhos inválidos de qualquer idade;
- d. Enteado ou menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.

2.1.8.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Segurado Principal.

2.1.8.3. Para inclusão de dependentes, após a data de inclusão do Segurado Principal, será necessário o envio à SEGURADORA, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento etc.

2.1.8.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) **do Segurado** terá sua inclusão assegurada, isento(a) do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, observado, no que couber, os demais termos constantes nestas Condições Gerais.

2.1.8.5. Para a inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante.

2.1.9. AGREGADOS

2.1.9.1. **Para contratos com, no mínimo 30 vidas, a critério exclusivo da Seguradora,** poderão ser aceitos como Segurados Agregados, **desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Principal.**

- a. Filhos a partir de 24 anos, solteiros, inclusive aqueles que, na vigência da Apólice, tenham completado 24 anos;
- b. Netos, menores de 21 anos, solteiros; e
- c. Pais.

2.1.9.1.1. Para inclusão do agregado, **obrigatoriamente**, deverão ser cumpridos os seguintes requisitos:

- a. O parentesco seja considerado em relação ao Segurado Principal;
- b. O plano para o agregado seja o mesmo do Segurado Principal;
- c. O agregado dependa economicamente do Segurado Principal, o que deverá ser comprovado

mediante apresentação de declaração, preenchida e assinada pelo Segurado Principal, atestando a dependência econômica daquele em relação a este com o de acordo do ESTIPULANTE, **conforme modelo fornecido pela Seguradora;**

d. Sejam aplicados, aos agregados, os valores da **tabela de prêmios, por faixa etária**, devidamente aceita pelo ESTIPULANTE.

2.1.9.1.2. Os agregados terão acesso apenas à assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento.

2.1.9.1.3. Os dependentes solteiros que completarem 24 anos poderão ser mantidos na apólice na condição de agregado, desde que solicitado e/ou autorizado pelo ESTIPULANTE e aceito pela Seguradora.

2.1.9.1.4. Após o início de vigência da Apólice poderão ser incluídos, nas mesmas condições contratadas, novos proponentes (titulares, dependentes e/ou agregados) do grupo segurável, **desde que suas inclusões no Seguro sejam solicitadas dentro de 30 (trinta) dias da data da respectiva vinculação ao ESTIPULANTE e desde que aceitas pela Seguradora, nos termos e condições estabelecidas nestas Condições Gerais.**

2.1.10. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.1.10.1. As inclusões posteriores obedecerão aos seguintes critérios:

a) Para grupos com **menos de 30 vidas**, cuja contratação se dará mediante cartão-proposta, o início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela Seguradora, do pedido de inclusão, ou na data do vínculo com o estipulante ou do fato que gerou o direito ao seguro, conforme acordado com o Estipulante, **desde que satisfeitas às condições de aceitação previstas nestas Condições Gerais.**

b) Para grupos a **partir de 30 vidas**, o início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela Seguradora, do pedido de inclusão, ou na data do vínculo com o estipulante ou do fato que gerou o direito ao seguro conforme acordado com o Estipulante, **desde que satisfeitas as condições de aceitação conforme previsto nestas Condições Gerais.**

2.1.10.2. As movimentações cadastrais deverão ser informadas até o dia 20 (vinte) de cada mês, com vigência prevista para o primeiro dia do mês subsequente.

2.1.10.3. Serão acatadas inclusões realizadas no período do dia 21 (vinte e um) até o final do mês, desde que comunicada até o dia 5 (cinco) do mês seguinte. A partir do 6º (sexto) dia, todas as movimentações, obrigatoriamente, terão vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.

2.1.10.4. Quando as datas previstas nos itens acima coincidirem com final de semana ou feriado, **as mesmas deverão ser antecipadas.**

2.1.11. EXCLUSÕES DE SEGURADOS

2.1.11.1. O **ESTIPULANTE** deverá enviar à **SEGURADORA**, por escrito, quando do comunicado de exclusão do Segurado Principal, as seguintes informações, a saber:

a) se Segurado Principal foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

- b) se o Segurado Principal ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Nº 279, da ANS;
- c) se o Segurado Principal contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- d) por quanto tempo o Segurado Principal contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Segurado Principal ou se recusou a manter esta condição.

2.1.11.1.1. Além das informações acima elencadas o ESTIPULANTE também deverá enviar à SEGURADORA, quando do comunicado de exclusão do Segurado, os seguintes documentos:

- a) Comprovação se o ex-empregado optou por exercer o direito na manutenção como beneficiário no plano privado de assistência à saúde ou se optou por não se manter nesta condição (documento assinado pelo beneficiário ou prova de que houve a comunicação nesse sentido);
- b) Baixa na carteira profissional, rescisão contratual, no caso de relação empregatícia, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, demitidos ou aposentados;
- c) Última alteração do Contrato Social, no caso de sócios que se retirem da sociedade ou mesmo para o administrador nomeado;
- d) Ata de Assembleia, no caso da saída de dirigente de empresa S/A;
- e) Cópia do Contrato Social, no caso de exclusão dos sócios e administradores;
- f) Documentação que comprove a destituição do cargo, no caso de agentes políticos;
- g) Outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da **SEGURADORA**.

2.1.11.2. A exclusão do Segurado Principal só será aceita pela **SEGURADORA** mediante o envio das informações e documentos citados nos subitens 2.1.11.1 e 2.1.11.1.1 acima.

2.1.11.3. A ausência da comunicação inequívoca por parte do **ESTIPULANTE**, bem como a ausência de sua comprovação, acarretará para este:

- a) o pagamento do prêmio relativo até a apresentação da comunicação em questão; e
- b) o resarcimento de eventuais prejuízos, bem como perdas e danos que a **SEGURADORA** venha a sofrer, especialmente, mas não somente, as decorrentes de multas aplicadas pela ANS, nos termos do parágrafo único do Artigo 12, da Resolução nº 279, da ANS.

2.1.11.4. Para dar cumprimento ao quanto disposto nos subitens 2.1.11.1 e 2.1.11.1.1 o **ESTIPULANTE** deverá observar os prazos e condições de movimentação a serem cumpridos, na forma estabelecida neste instrumento.

2.12. IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS

2.12.1. Estando aceitos e incluídos os Segurados, a **SEGURADORA** fornecerá o Cartão Individual de Identificação que consignará o Seguro contratado, com prazo de validade equivalente ao da vigência da apólice, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Segurado aos serviços referenciados.

2.12.2. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o **ESTIPULANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via.

2.12.3. A **SEGURADORA** fornecerá ao Segurado Principal os manuais informativos referentes às coberturas garantidas neste Seguro, conforme plano contratado.

2.12.4. O recém-nascido, filho de Segurado(a), mesmo que nascido de parto **não** coberto, que ainda não tenha sido incluído no Seguro, será atendido, nos primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante apresentação da sua Certidão de Nascimento, Cartão de Identificação da mãe ou do pai e documento de identidade do acompanhante responsável.

III. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Estarão cobertas as garantias a seguir relacionadas para todas as **doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** editado pela ANS, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes editadas, quando houver, decorrentes de eventos cobertos, comprovados e justificados pelo médico assistente, que não estejam expressamente citados na **Cláusula IV. EXCLUSÕES DE COBERTURAS** e desde que cumpridas as eventuais carências ou cobertura parcial temporária.

3.1.1. Estão abrangidas as seguintes coberturas, em caráter ambulatorial:

3.1.1.1. Consultas médicas eletivas, em todas as especialidades oficialmente reconhecidas, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina;

3.1.1.1.1. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA

a. Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

3.1.1.2. Consultas com os seguintes profissionais da saúde nas respectivas condições:

3.1.1.2.1.1.1. CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

3.1.1.2.1.1. Cobertura obrigatória de no mínimo 24 consultas/sessões até o limite de 40 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- b. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- c. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- d. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- e. pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90).
- f. pacientes com apneia de sono (G47.3);
- g. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- h. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- i. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- j. pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

3.1.1.2.1.1.2. Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9);
- b. pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
- c. pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- d. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0);
- e. pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólio das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3).
- f. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- g. pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3.1.1.2.1.3. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

3.1.1.2.2. CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

3.1.1.2.2.1. Cobertura obrigatória, de no mínimo 12 de consultas/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b. jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- c. idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobre peso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
- f. pacientes ostomizados;
- g. após cirurgia gastrointestinal.

3.1.1.2.2.2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3.1.1.2.2.3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

3.1.1.2.3. CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/ OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

3.1.1.2.3.1. Cobertura obrigatória de no mínimo 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);

- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

3.1.1.2.4. CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

3.1.1.2.4.1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

3.1.1.2.5. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

3.1.1.2.5.1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 sessões até o limite de 40 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30a F39);
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
- g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

3.1.1.2.6. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO

3.1.1.2.6. 1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);

- c. pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d. pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e. pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

3.1.1.3. Cobertura para escleroterapia de varizes de membros inferiores limitada a 12 sessões por ano de vigência do contrato;

3.1.1.4. Cobertura para Sessões de R.P.G.- Reeducação Postural Global, limitadas a 40 sessões, por segurado, por ano de vigência do contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista.

3.1.1.5. Cobertura para sessões de Hidroterapia e Psicomotricidade limitada a 40 sessões por segurado, por ano de vigência do contrato, **somente por sistema de reembolso**.

3.1.1.6. Serviços de Pronto-Socorro (primeiro atendimento, aplicação de injeções, curativos, inalação simples etc.).

3.1.1.7. Exames diagnósticos ou para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (desde que sua indicação esteja respaldada em consensos do Ministério da Saúde, de Sociedades de Especialidades Médicas ou, ainda, do projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira) e procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber:

a. Básicos:

Análises clínicas, histocitopatologia, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica, exames radiológicos simples sem contraste, exames e testes alergológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos, inaloterapia, prova de função pulmonar, teste ergométrico, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

b. Especiais:

Angiografia, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear, densitometria óssea, laparoscopia diagnóstica, ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido, eletrocardiografia dinâmica (Holter), monitorização ambulatorial de pressão arterial, litotripsia, radiologia com contraste, USG morfológico, USG obstétrico com perfil biofísico do feto, USG Doppler fluxo obstétrico, USG obstétrico com amniocentese, sorologias não constantes na AMB/92, videolaringoestroboscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica, eletromiografia e eletroneuromiografia, outros exames do Rol.

c. Ambulatoriais especiais:

Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial), quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, radiomodulação, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia com limite para aplicação de coparticipação, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, emboli-

zações e radiologia intervencionista, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, outros procedimentos previstos no Rol.

3.1.1.8. Vacinas

3.1.1.8.1. Cobertura para as vacinas previstas no Calendário Brasileiro de Vacinação vigente, definido pelo Ministério da Saúde, desde que condizentes com as especificações e recomendações trazidas nas competentes diretrizes governamentais.

3.1.1.8.2. A Cobertura das Vacinas do Calendário Brasileiro de Vacinação, fica sujeita a alteração, conforme definições do Ministério da Saúde disponível no site institucional e se aplicarão às condições contratuais a qualquer tempo.

3.1.1.8.3. A cobertura ocorrerá somente por meio do sistema de livre escolha de prestador (reembolso), conforme as vacinas referenciadas e limites de reembolso previstos na Proposta de Contratação.

3.1.1.9. Haverá cobertura para *check-up, através do sistema de reembolso ou rede referenciada*, dentro dos limites e tabela de periodicidade pré-estabelecidos na Proposta de Contratação, **exclusivamente para o Segurado Principal.**

3.1.2. Estão abrangidas as seguintes coberturas, em caráter hospitalar:

- a. internações clínicas;
- b. internações cirúrgicas;
- c. internações obstétricas;
- d. transplantes de rim, córnea, medula óssea autólogo e alogênico respeitada a legislação em vigor, incluindo, além de honorários médicos e despesas hospitalares com o Segurado, as despesas assistenciais com doadores vivos e com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de resarcimento ao SUS;
- e. aquisição e implantação de órteses e próteses, **ligadas ao ato cirúrgico (intraoperatório);**
- f. tratamentos para doenças infectocontagiosas;
- g. internações psiquiátricas;
- h. remoção inter-hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste contrato;
- i. atendimento de urgência e emergência, de acordo com as normas especificadas na cláusula;
- j. cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e outras que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- k. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

k1. O imperativo clínico citado na alínea 'k' acima caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do paciente.

k2. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista 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.

I. os seguintes procedimentos, quando necessários à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- I1. hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial);
- I2. quimioterapia e radioterapia (incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia);
- I3. hemoterapia;
- I4. nutrição enteral ou parenteral;
- I5. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- I6. embolizações e radiologia intervencionista;
- I7. exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- I8. fisioterapia, com limite para aplicação de coparticipação previsto nestas Condições Gerais;
- I9. acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

I10. oxigenoterapia hiperbárica, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido e de acordo com a Escala de Gravidade prevista na legislação:

- pacientes com doença descompressiva;
- pacientes com embolia traumática pelo ar;
- pacientes com embolia gasosa;
- pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- pacientes com gangrena gasosa;
- pacientes com síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III ou IV;
- pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV;
- pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartmental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV;
- pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas;
- pacientes diabéticos com ulcerações infectadas profundas da extremidade inferior (comprometendo ossos ou tendões) quando não houver resposta ao tratamento convencional realizado por pelo menos um mês, o qual deve incluir, obrigatoriamente, antibioticoterapia em doses máximas, controle estrito da glicemia, desbridamento completo da lesão e tratamento da insuficiência arterial (incluindo revascularização, quando indicada).

I10.1. A inalação de 100% de Oxigênio, em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente, ou a exposição de membro ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando a pessoa em meio ambiente, embora cobertos, não são caracterizados como Câmara Hiperbárica ou Oxigenoterapia Hiperbárica.

I10.2. Serão reconhecidas as aplicações clínicas da Oxigenoterapia Hiperbárica, para os casos previamente avaliados e autorizados pela auditoria médica da Seguradora.

3.1.2.1. Sem prejuízo dos limites, coberturas e demais condições deste Seguro, consideram-se despesas cobertas por este Seguro:

3.1.2.1.1. Despesas hospitalares:

a. diárias de internação do Segurado, em apartamento, que compreende quarto individual, com banheiro privativo, **de acordo com a disponibilidade do hospital**, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente;

- b. serviços complementares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença ou da lesão accidental;
- c. medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, **pertinentes ao evento coberto**;
- d. honorários do cirurgião, auxiliares, anestesista e instrumentador, previstos na Tabela da SEGURADORA, pelo serviço realizado durante o período de internação;
- e. taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- f. serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- g. utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- h. unidade de terapia intensiva ou isolamento, exclusivamente quando e **enquanto determinado pelo médico assistente**;
- i. alimentação específica ou normal, autorizada pela SEGURADORA e fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, **limitada aos recursos do estabelecimento, cujo pagamento será feito diretamente pela SEGURADORA ao hospital**;
- j. acomodação e alimentação fornecida pelo hospital a um acompanhante nas mesmas condições de cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar e observadas as limitações constantes nestas Condições Gerais**;
- k. no regime de internação, também estará coberta a remoção terrestre do Segurado, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro, mediante reembolso ou serviço credenciado, **de um recurso hospitalar para outro, quando comprovadamente necessária ao atendimento do evento coberto, mediante solicitação e justificativa do médico assistente e autorização da SEGURADORA**. Caso não seja viável a remoção terrestre, mediante solicitação e justificativa do médico assistente, a mesma poderá ser feita por via aérea, **exclusivamente por prestador autorizado pela SEGURADORA**.

3.1.2.1.2. Obstetrícia:

- a. consultas médicas de pré-natal, exames complementares de investigação diagnóstica, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com gravidez e parto da Segurada, **observados os limites de cobertura e os períodos de carências**;
- b. parto normal, parto cesariano, abortamento legal, **desde que devidamente justificado pelo médico assistente**, berçário e tratamentos clínicos obstétricos;
- c. honorários médicos, diárias hospitalares, diárias de CTI ou UTI da Segurada, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento;
- d. honorários médicos, berçário, diárias de CTI ou UTI do recém-nascido, incluindo a cobertura de medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento do recém nascido, pelo período de 30 (trinta) dias, contado da data do nascimento. **Após esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém nascido no Seguro**. A inclusão será, mediante expressa solicitação do Segurado Principal, por intermédio do ESTIPULANTE, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Principal, conforme os termosnestas Condições Gerais.

3.1.2.1.3. Psiquiatria:

3.1.2.1.3.1. Cobertura para internações psiquiátricas nas seguintes condições:

- a. Atendimentos às **emergências**, assim considerados as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Segurado ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

- b. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;
- c. Psicoterapia de crise, que corresponde ao atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, nos limites de sessões, por Segurado, por ano de vigência da Apólice (ss/ano), conforme limitações previstas nestas Condições Gerais;
- d. Consultas prestadas por médico psiquiatra;
- e. Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- f. Cobertura para internações psiquiátricas que poderá ter coparticipação aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, conforme mencionado no item X. Mecanismos de Regulação.
- g. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico, quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:
 - g1. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
 - g2. Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
 - g3. Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
 - g4. Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

3.1.3. Acidente de Trabalho:

3.1.3.1. Esta cobertura consiste no atendimento médico-hospitalar, previsto neste Seguro, em caso de ocorrência de acidente de trabalho.

3.1.3.2. Caso o Segurado esteja em carência, será prestado o atendimento de **urgência ou emergência**, assim entendidas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que se caracterize a necessidade de internação, **o que ocorrer primeiro**.

3.1.3.3. Os serviços previstos neste item **não dispensam** o ESTIPULANTE, quando empregador, do cumprimento das obrigações e rotinas de atendimento estabelecidas pela Previdência Social referentes ao Seguro Social de Acidentes do Trabalho. A emissão ou preenchimento de documentos obrigatórios, definidos pelo INSS, é de inteira responsabilidade do Empregador.

3.1.3.3.1. **O ESTIPULANTE, quando empregador, se obriga a enviar ao INSS** cópia da C.A.T. (Comunicação de Acidente de Trabalho), e posteriormente informar à SEGURADORA.

3.1.3.4. Ficam excluídas desta cobertura:

- a. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional, isto é, que visem fornecer os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho;
- b. Atendimentos ou tratamentos destinados à readaptação social e profissional;
- c. Qualquer tipo de indenização reparatória ou compensatória decorrente de doenças ou de lesões traumatológicas de qualquer natureza.

3.1.4. Acomodação e Acompanhante:

- a. Acomodação para acompanhante de segurado internado de qualquer idade;

b. Alimentação fornecida pelo hospital, ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.

3.1.5 Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik):

a. Estarão cobertas cirurgias corretivas para vícios de refração, para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estabilizado há um ano, para casos que se enquadrem em pelo menos um dos seguintes parâmetros:

- a1. Miopia entre 3 e 10 graus, com ou sem astigmatismo associado (até 4 graus para cada olho);
- a2. Hipermetropia até 6 graus, com ou sem astigmatismo associado (até 4 graus para cada olho).

3.1.6. Cirurgias Restauradoras:

a. Estarão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, realizadas exclusivamente em decorrência de neoplasias ou lesões provocadas por acidentes pessoais ou patologias cobertas pelo Seguro, **excetuando-se os eventos com finalidade estética ou social**, incluindo-se nessa cobertura a mamoplastia para restauração de mama extirpada em decorrência de retirada de câncer.

3.1.7. Gigantomastia:

a. Haverá cobertura para as cirurgias de mamas **naturalmente volumosas** que repercutam sobre a coluna vertebral, com confirmação radiológica e relatório do médico ortopedista.

b. O Segurado deverá, obrigatoriamente, submeter-se a perícia médica com cirurgião plástico, concomitantemente com médicos das especialidades: ortopedia, ginecologia ou mastologia.

3.1.8. Obesidade Mórbida:

a. A cobertura para cirurgias será autorizada apenas para pacientes cuidadosamente avaliados, mediante perícia médica obrigatória com cirurgião geral e a participação dos médicos endocrinologista e psiquiatra, e desde que preencham os requisitos previstos.

3.1.9. Colocação de Banda Gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica:

3.1.9.1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameaçam a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);
b. IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem comorbidade.

Grupo II

a. pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;

b. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

- c. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d. hábito excessivo de comer doces.

3.1.10. Dermolipectomia:

- a. cobertura em casos de pacientes que apresentem abdome em aevental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

3.1.11. Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica:

3.1.11.1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);
- b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

Grupo II

- a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

3.1.12. Órteses e Próteses:

- a. Estarão cobertas as despesas relativas à aquisição de órteses e próteses de **fabricação nacional ou importadas nacionalizadas (Registradas na ANVISA)**, ligadas ao ato cirúrgico. As próteses importadas estarão cobertas se não houver similar nacional ou se o preço for equivalente ao da nacional, mediante apresentação de Nota Fiscal.

3.1.13. Transplantes:

3.1.13.1. Rim, Córnea e Medula Óssea Autólogo e Alogênico.

- a. O protocolo será seguido, de acordo com as normas editadas no Rol de Procedimentos **para todos os transplantes previstos nestas Condições Gerais**;
- b. A cobertura estará garantida, **desde que o candidato a receptor esteja**, exceto em caso de transplante intervivos, **inscrito em uma CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos)** e que se submeta aos critérios de fila e seleção da lista de receptores nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e às demais disposições dos órgãos competentes;
- c. Do receptor (Segurado):

- c1. Despesas hospitalares, conforme disposto nestas Condições Gerais, a partir da internação para transplante;

- c2. Despesas decorrentes de complicações do transplante, inclusive diálise e hemodiálise, durante a hospitalização;
- c3. Despesas de cirurgia para retirada, transporte e conservação do órgão a ser transplantado, em caso de doador morto.
- d. Do doador vivo:
- d.1. Despesas hospitalares previstas nestas Condições Gerais, a partir da internação para retirada do órgão a ser transplantado, **exclusivamente até a alta hospitalar**;
 - d2. Não estarão cobertas quaisquer despesas relativas ao transporte do doador.**
- e. Os limites previstos contratualmente englobam a cobertura do doador e procedimentos pré e pós-operatórios do receptor.
- f. Para os transplantes de medula óssea autólogo e alogênico, serão respeitadas as normas vigentes para a cobertura do procedimento.

3.1.13.1.1. Transplante Alogênico de Medula Óssea

1. Os TCTH (transplante de célula tronco hematopoéticas) de medula óssea em que o **receptor e o doador são consanguíneos** podem ser realizados com ou sem mieloablação, e serão de cobertura obrigatória desde que preenchidos os seguintes critérios:

1.1. Com mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 65 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8; 21) ou inv. 16;
- b. leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;
- c. leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d. leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e. leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f. leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- g. anemia aplásica grave adquirida ou constitucional;
- h. síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- i. imunodeficiência celular primária;
- j. talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro;
- k. mielofibrose primária em fase evolutiva.

1.2. Sem mieloablação:

Receptores com idade igual ou inferior a 70 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (comorbidade);
- b. leucemia linfóide crônica;
- c. mieloma múltiplo;
- d. linfoma não Hodgkin indolente;
- e. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2. Os TCTH de medula óssea em que o **receptor e o doador não são consanguíneos** são de cobertura obrigatória quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 anos e apresentar uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8; 21) ou inv. 16;

- b. leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- c. leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- d. leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- e. leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- f. anemia aplásica grave adquirida ou constitucional;
- g. síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielo-monocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- h. imunodeficiência celular primária;
- i. osteopetrose;
- j. mielofibrose primária em fase evolutiva.

3.1.13.2. Transplante Autólogo de Medula Óssea

1. Cobertura obrigatória para receptores com idade igual ou inferior a 75 anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a. leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;
- b. linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;
- c. doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d. mieloma múltiplo;
- e. tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- f. neuroblastoma em estádio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia definida como remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

3.1.13.2. Outros Transplantes:

a. Além das situações oriundas de Lei e previstas nestas condições gerais, também haverá cobertura para transplante de coração, pâncreas, medula, pulmão e fígado, **exclusivamente pelo sistema de reembolso**, com limites previstos na Proposta de Contratação.

3.1.14. Atendimento nos casos de planejamento familiar, conforme disposições legais vigentes.

3.1.14.1. Demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização, quando houver, coberturas, os limites e as exclusões contratuais.

3.1.15. Atenção Domiciliar:

3.1.15.1. O serviço de atenção domiciliar terá a cobertura **exclusivamente para Assistência Domiciliar através de rede referenciada**, que será oferecida pela Prestadora contratada, após avaliação médica e desde que o Segurado tenha condições de ser atendido em sua residência.

3.1.15.2. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

3.1.15.2.1. O serviço de assistência domiciliar poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

- a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c. O paciente resida em uma área com infraestrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;
- d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;
- e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

3.1.15.2.2. A Assistência Domiciliar terá inicio após a assinatura do paciente ou responsável, do termo de adesão “*Assistência Domiciliar*” disponibilizado pela SEGURADORA.

3.1.15.2.3. Os critérios para a liberação da Assistência Domiciliar seguirão as normas técnicas e legislação vigentes.

3.1.15.2.4. A concessão do serviço sem esses requisitos configura mera liberalidade da SEGURADORA, não caracterizando, em hipótese alguma, alteração contratual ou gerando direito futuro.

3.1.15.3. SERVIÇOS OFERECIDOS

3.1.15.3.1. Os serviços oferecidos ao paciente restringem-se aos necessários para o tratamento em questão e estarão obrigatoriamente sujeitos à análise técnica, para liberação.

3.1.15.3.2. O tratamento diário do paciente compreende: cuidados técnicos exclusivos, quais sejam os dispensados por médicos, enfermeiros, ou outros profissionais das equipes de saúde.

3.1.15.3.3. O tratamento, durante toda a sua duração, será constantemente analisado e acompanhado por médicos da SEGURADORA, para frequente adequação de recursos humanos ou materiais. A diminuição de recursos não configura falta de assistência ao paciente.

3.1.15.4. MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA

3.1.15.4.1. Estarão cobertos os medicamentos de uso endovenoso ou intramuscular de uso temporário que visem a sanar intercorrências, respeitadas as condições de admissão do paciente, previstas. **Excluem-se desta cobertura os medicamentos administrados por via oral.**

3.1.15.4.2. Não haverá cobertura para medicação de uso contínuo de qualquer espécie, por qualquer via de administração.

3.1.15.4.3. Os materiais necessários aos procedimentos técnicos desenvolvidos pelos profissionais encarregados da assistência ao doente serão fornecidos somente enquanto for prestada a Assistência Domiciliar.

3.1.15.4.4. Não haverá cobertura para a dieta do paciente, independentemente da via de administração, complementos alimentares, materiais de uso pessoal e de higiene, ficando sob responsabilidade da família do paciente.

3.1.15.5. EQUIPAMENTOS

3.1.15.5.1. A SEGURADORA fornecerá os equipamentos necessários ao tratamento do paciente em ambiente domiciliar, desde que autorizados previamente e os manterá exclusivamente durante o período em que a Assistência Domiciliar perdurar.

3.1.15.6. CONDIÇÕES DE ALTA

3.1.15.6.1. Ao término da programação estipulada, o paciente e seus familiares receberão o aviso de término dos serviços, com antecedência de 24 horas.

3.1.15.7. OUTRAS DISPOSIÇÕES

3.1.15.7.1. A Assistência Domiciliar não possui forma única e universal de atender o paciente, adequando-se a cada caso, segundo análise técnica, feita por médico auditor indicada pela SEGURADORA, para liberação ou adequação dos serviços solicitados.

3.1.15.7.2. A SEGURADORA não se responsabilizará por quaisquer serviços acordados diretamente pelos familiares do paciente com o prestador de serviços, bem como, pelas despesas deles decorrentes.

3.1.15.7.3. A Assistência Domiciliar poderá ser cancelada, caso o paciente, familiares ou acompanhantes cometam atos que caracterizem assédio ou constrangimento aos profissionais que prestam o serviço, assim como, ao profissional designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

3.1.15.7.3.1. Também poderá ser cancelada se houver o descumprimento de orientações técnicas da equipe multiprofissional.

3.1.16. Cobertura para os seguintes Benefícios Especiais:

3.1.16.1. UNIMED GARANTIA FUNERAL

3.1.16.1.1. Favorecido(s): Segurado Principal, cônjuge e filhos. **Os Inativos e Agregados não têm direito a esta cobertura.**

3.1.16.1.2. As garantias do seguro consistem na prestação do serviço de assistência ou no pagamento de despesas realizadas com o funeral, em decorrência do falecimento do Segurado, conforme garantias descritas no Manual de Assistência do Unimed Garantia Funeral entregue ao ESTIPULANTE e Segurados e conforme limite da Importância Segurada descrita na Apólice e na Proposta de Contratação.

3.1.16.1.3. Esse benefício tem por objetivo prestar um Serviço de Assistência no caso do falecimento do Segurado.

3.1.16.1.3.1. Em caso de utilização do Serviço de Assistência, não haverá qualquer tipo de reembolso.

3.1.16.1.4. Na impossibilidade de recorrer à prestação do serviço de assistência ao funeral, os

familiares do Segurado falecido poderão solicitar o reembolso das despesas, mediante apresentação da respectiva documentação, observado o limite do Capital Segurado contratado.

3.1.16.1.4.1. As despesas com o funeral serão reembolsadas até o valor contratado, comprovadas mediante a apresentação de Notas Fiscais ou Faturas Nominais.

3.1.16.1.5. Esta cobertura tem abrangência Nacional.

3.1.16.1.6. O Serviço de Assistência quando acionado compreenderá a providência dos serviços funerários, inclusive o sepultamento, com o respectivo pagamento dos custos diretamente às funerárias, até o valor contratado.

3.1.16.1.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

3.1.16.1.8. O pagamento do reembolso de despesas ou do Capital Segurado, conforme o caso, será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos, abaixo relacionados:

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Laudo do I.M.L. (em caso de morte accidental);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia do BO - Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte accidental).

3.1.16.1.9. O reembolso será feito a quem realizou as despesas previstas neste seguro, que deverá enviar mais os seguintes documentos:

- Documento de Identidade;
- CPF/MF;
- comprovante de residência; e
- Notas Fiscais nominais e originais.

3.1.16.1.10. No caso de crédito em conta corrente, o credor do reembolso deverá enviar solicitação formal para crédito em conta, informando os dados da conta corrente: número e nome do banco, número e nome da agência e número da conta corrente.

3.1.16.1.11. Documentação para habilitação do(s) Beneficiários(s):

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um, mais:
 - Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada;
 - Companheira(o): prova de “união estável”

No caso de menores de idade ou incapazes:

- menores sujeitos ao poder familiar: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);

- menores sujeitos à tutela: cópia da certidão de nascimento do menor e termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- maiores sujeitos a curatela: cópia da certidão de nascimento do maior e termo de curatela e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

3.1.16.1.12. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise do sinistro.

3.1.16.1.12.1. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

3.1.16.1.13. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 3.1.16.1.8 acima será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

3.1.16.1.14. Os serviços não cobertos estão expressos no Manual de Assistência do Unimed Garantia Funeral entregue ao ESTIPULANTE e Segurados.

3.1.16.2. SEGURO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - SEA

3.1.16.2.1. Favorecido(s): segurados dependentes (exclusivamente cônjuge e filhos do Segurado Principal). **Os Inativos e Agregados não têm direito a este Benefício.**

3.1.16.2.2. Este benefício tem por objeto garantir aos dependentes segurados, no caso de falecimento do Segurado Principal, a continuidade do atendimento assistencial, de acordo com a cobertura estabelecida no Seguro Saúde em que estiverem inscritos na data do óbito, a partir do 1º dia do mês subsequente ao do falecimento, sem qualquer ônus, obedecidas as seguintes condições:

- a. Cobertura de até 5 (cinco) anos para segurados cadastrados neste plano;
- b. Os Segurados, Principal e Dependentes, tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Principal, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte accidental;
- c. O Segurado Principal tenha menos de 66 (sessenta e seis) anos na data da sua inclusão no Seguro Saúde e esteja exercendo atividades laborativas;
- d. O pagamento dos prêmios do seguro esteja em dia;
- e. O falecimento não seja decorrente de evento excluído, conforme exclusões constantes desta Cláusula;
- f. Existir vínculo concreto empregatício ou societário com o ESTIPULANTE na data do falecimento.

3.1.16.2.3. Caso o Segurado e seus Dependentes tenham sido transferidos para plano superior, para o qual não tenha sido cumprido o período de permanência previsto nesta Cláusula, na data do óbito, o benefício SEA garantirá o pagamento das mensalidades do plano para o qual tenha sido cumprido o referido período de permanência, considerado desde o início de vigência até a data do óbito.

3.1.16.2.4. O recém-nascido, filho do Segurado Principal, terá direito a este benefício, desde que nascido de parto coberto pelo seguro saúde em questão. O recém-nascido deverá ser incluído no SEA em até 30 dias da data de nascimento, após este prazo, serão aplicadas as carências previstas nas Condições Gerais.

3.1.16.2.5. O filho do Segurado que, na data de óbito deste, esteja incluído no seguro e tenha menos de seis meses de idade, terá direito ao benefício SEA, não haverá a obrigatoriedade de permanência prevista nesta Cláusula, **desde que seu nascimento tenha ocorrido na vigência do Seguro Saúde e sua inclusão no seguro tenha sido feita dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do seu nascimento.**

3.1.16.2.6. O recém-nascido, filho de Segurado Dependente, mesmo nascido de parto coberto por este seguro saúde, **NÃO terá direito à inclusão no SEA.**

3.1.16.2.7 Demais dependentes, com menos de seis meses de permanência no **Seguro Saúde**, terão direito à cobertura deste benefício, independentemente do cumprimento do prazo de permanência prevista nesta Cláusula, **desde que a sua inclusão no seguro saúde tenha ocorrido dentro de 30 (trinta) dias, contado da data da vinculação ao Segurado Principal (casamento, adoção etc.) e a inclusão neste benefício também tenha ocorrido dentro das condições ora previstas.**

3.1.16.2.8. Os benefícios previstos neste seguro **ficam condicionados** à apresentação dos seguintes documentos:

- a. Comunicação de Sinistro por Morte (formulário fornecido pela Seguradora);
- b. Cópia da Certidão de Óbito;
- c. Documento de identidade e Certidão de Nascimento atualizada dos **Segurados**;
- d. Cópia do Laudo Cadavérico e Cópia do Boletim de Ocorrência Policial em caso de morte accidental.

3.1.16.2.9. A Seguradora poderá solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários à elucidação do evento.

3.1.16.2.10. O direito ao SEA de dependentes que não apresentarem a documentação exigida **ficará suspenso até a sua apresentação**. Após a apresentação e o reconhecimento pela Seguradora, a cobertura será concedida **a partir do 1º dia do mês subsequente ao da apresentação dessa documentação**.

3.1.16.2.11. Para efeito deste benefício, o novo segurado principal do seguro será designado conforme critério:

- a. Se houver cônjuge segurado – o novo segurado principal será o cônjuge;
- b. Se houver apenas filhos – cada filho será considerado como segurado principal.

3.1.16.2.12. **O novo Segurado Principal ficará obrigado a comunicar, imediatamente, à Seguradora a perda da condição de Segurado ou de dependência de qualquer Segurado deste Seguro, inclusive da sua própria, de acordo com as Condições Gerais, assumindo a responsabilidade por quaisquer prejuízos ou despesas que sua omissão causar à Seguradora, além de sujeitar-se às penalidades legais.**

3.1.16.2.13. Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura do benefício SEA os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
- b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- c. doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- d. suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
 - d1. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- e. prática por parte dos Segurados ou por seus representantes legais, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;
- f. ação do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- g. agravação intencional do risco por parte do Segurado;
- h. eventos não cobertos pelo Seguro ou Plano de Saúde do ESTIPULANTE.

3.1.16.3. UNIMED ASSIST INTERNACIONAL

3.1.16.3.1. Favorecido(s): Segurado Principal, cônjuge e filhos. Os agregados e inativos não têm direito a este Benefício.

3.1.16.3.2. Este benefício prevê a assistência aos Segurados quando em viagem pelo Brasil ou exterior, a partir de 50 (cinquenta) quilômetros de sua residência habitual e desde que a sua estadia não seja superior a 60 (sessenta) dias, conforme garantia descrita no Manual de Assistência do Unimed Assist entregue ao ESTIPULANTE e Segurados e conforme limite da Importância Segurada, estipulada na Apólice e na Proposta de Contratação.

3.1.16.3.3. Os serviços de Assistência previstos, de acordo com o Manual de Assistência do Unimed Assist e respectiva apólice são:

- a. Translado no caso de lesões ou doença;
- b. Translado do Segurado Principal e/ou acompanhante;
- c. Transporte e estadia de um familiar do Segurado Principal e/ou acompanhante;
- d. Transporte do Segurado Principal e/ou acompanhante por interrupção de viagem devido o falecimento de um familiar;
- e. Transporte do Segurado Principal e/ou acompanhante por ocorrência de sinistro em sua residência;
- f. Assistência Médica ao Segurado Principal e/ou acompanhante por lesão ou doença no Exterior;
- g. Prolongamento de estadia do Segurado Principal e/ou acompanhante no Exterior por lesão ou doença;
- h. Transporte em caso de falecimento do Segurado Principal e/ou acompanhante;

- i. Informações de procedimentos nos casos de perda/roubo de documentos;
- j. Transmissão de mensagens urgentes;
- k. Adiantamento para cobertura de gastos médicos no Exterior;
- l. Assistência Jurídica no Exterior;
- m. Adiantamento de fundos no Exterior por perda/roubo de documentos;
- n. Localização e transporte de bagagem e objetos pessoais;
- o. Extravio de bagagem;
- p. Informações prévias para viagens.

3.1.16.3.4. Os serviços não cobertos estão expressos no Manual de Assistência do Unimed Assist entregue ao ESTIPULANTE e Segurados.

3.1.16.4. AMT- ACONSELHAMENTO MÉDICO POR TELEFONE E ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

3.1.16.4.1. Favorecido(s): Segurado Principal, cônjuge, filhos e agregados se houver. **Os inativos não têm direito a este Benefício.**

3.1.16.4.2. O Segurado Principal, seus dependentes e agregados, quando houver, poderão contar com ambas as coberturas, concomitantemente ou não.

3.1.16.4.3. **Os telefones, as localidades e as instruções para os Segurados** acionarem os serviços **estão descritos no catálogo informativo entregue ao ESTIPULANTE e Segurados.**

3.1.16.4.4. O AMT - ACONSELHAMENTO MÉDICO POR TELEFONE é disponibilizado em abrangência nacional, 24 horas por dia, executado por profissionais treinados e preparados para atender os Segurados, dando orientações sobre primeiros socorros, controle de pânico, frente a uma emergência médica, orientação médica de situações do cotidiano e atenção aos familiares de pacientes em assistência domiciliar.

3.1.16.4.4.1. Este é um serviço que possibilita aos Segurados receberem aconselhamentos em situações relacionadas à saúde, tais como, primeiros socorros, controle de pânico, medicações e etc.

3.1.16.4.4.2. Os Segurados sempre que necessário ligarão para o serviço e receberão as orientações/aconselhamentos necessários.

3.1.16.4.4.3. Os Segurados serão atendidos por profissionais treinados e preparados, 24 horas por dia, em âmbito nacional.

3.1.16.4.5. APH - ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR é disponibilizado aos Segurados em algumas regiões. Os Segurados **contarão com o atendimento pré-hospitalar domiciliar**, que é o **atendimento médico de emergência / urgências na residência do Segurado**, através de ambulâncias modernamente equipadas, e equipes médicas seguindo protocolos internacionais.

3.1.16.4.5.1. O Segurado acionará o serviço e dependendo da gravidade, receberá o atendimento no local. Se necessário, o Segurado será removido via terrestre, para um hospital da rede credenciada para a continuidade do atendimento.

3.1.16.4.5.2. Este benefício será prestado em diversas localidades, mas pela limitação do recurso contratado, não possui abrangência nacional.

3.1.16.5. UNIMED DESCONTO EM FARMÁCIAS

3.1.16.5.1. Favorecidos todos os Segurados cadastrados no seguro, inclusive Inativos e agregados, se estiverem no contrato.

3.1.16.5.2. O benefício garante o acesso à compra de medicamentos de qualidade, com descontos diferenciados, nos prestadores disponibilizados pela SEGURADORA.

3.1.16.5.3. Os telefones, as localidades e as instruções para os Segurados se utilizarem dos descontos estão descritos no catálogo informativo entregue ao ESTIPULANTE e Segurados.

3.1.16.6. UNIMED ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL

3.1.16.6.1. Favorecido somente o Segurado Principal. **Os Dependentes, Inativos e Agregados não têm direito a esta cobertura.**

3.1.16.6.2. O Segurado Principal poderá contar com uma rede de profissionais altamente qualificados na prestação de serviços emergenciais em sua residência.

3.1.16.6.3. Este benefício permite ao Segurado Principal, sempre que necessário, contar com serviços voltados para sua residência em situações tipicamente emergenciais, **conforme garantias descritas no Manual de Assistência Residencial entregue ao ESTIPULANTE e Segurados e na Apólice do ESTIPULANTE.**

3.1.16.6.4. A prestação de Serviços de Assistência à residência assistida fica condicionada à ocorrência de eventos previstos e cobertos pelo seguro desde que:

- a. Ocorram no período de vigência da apólice;
- b. Caracterizem uma situação de emergência;
- c. Se limitem às áreas comuns da Residência;
- d. Sejam comunicados imediatamente após a ocorrência, por telefone, à Central de Atendimento que consta no Manual de Assistência Residencial entregue ao ESTIPULANTE e Segurados.

3.1.16.6.5. Estão excluídos da prestação dos serviços os eventos causados por falta de manutenção adequada, bem como, aqueles que, embora cobertos pela apólice de seguro, são objeto de assistência técnica especializada como elevadores, portões automáticos, elétricos ou eletrônicos e equipamentos de segurança.

3.1.16.6.5.1. Fica excluída a assistência em casos de imóveis em construção, reconstrução e reforma.

3.2. Limitações:

- a. Nas internações, as diárias estarão cobertas pelo período **normalmente necessário ao tratamento da patologia**. Havendo necessidade de prorrogar o período inicialmente concedido, o médico assistente **deverá emitir nova justificativa**.
- b. Nos casos clínicos, estarão cobertos os honorários médicos **relativos a uma visita hospitalar por dia de internação hospitalar e um médico por especialidade, limite este que poderá ser ampliado somente mediante relatório do médico assistente, aceito pela SEGURADORA.**

- c. Só serão admitidos, em cada internação, **honorários médicos com mais de um médico assistente, por especialidade, nos casos justificados por relatório do médico assistente principal, e aceito pela SEGURADORA.**
- d. Consideram-se despesas cobertas com **honorários médicos** os procedimentos contemplados na **Tabela da SEGURADORA**, e realizados por profissionais legalmente habilitados pelos conselhos regionais competentes, assim compreendidos o médico assistente e, conforme o porte do ato cirúrgico, respectivos auxiliares, anestesista e instrumentador.
- e. Nos casos de cirurgia, os honorários fixados incluem a assistência pré e pós-operatória.
- f. Os honorários dos auxiliares e do instrumentador ficam limitados a percentuais, conforme **Tabela da SEGURADORA**, em relação aos honorários devidos ao médico assistente.
- g. Caso o Segurado opte por acomodação hospitalar superior àquela contratada, **deverá arcar com a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.**
- g1. **A SEGURADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo Segurado com médicos, hospitais ou entidades, mesmo quando referenciados por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Segurado.**
- h. Para todos os efeitos, será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, **desde que motivada pela mesma patologia.**
- i. Os medicamentos e materiais utilizados no tratamento hospitalar do Segurado, inclusive sessões de quimioterapia, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores estabelecidos no **Brasíndice** ou **Tabela Simpro**, limitados aos custos dos medicamentos de fabricação nacional e reconhecidos oficialmente, **inclusive nos casos de tratamentos realizados no exterior.**
- i1. Nas eventuais omissões da **Tabela SIMPRO** ou do **Brasíndice** e ausência de similar nacional, serão considerados os preços médios de mercado ou de medicamentos análogos.
- j. O valor de reembolso das próteses cobertas estará limitado aos valores listados na **Tabela SIMPRO**.
- k. Os procedimentos de diagnose e terapia, em pacientes internados ou em casos de urgência ou emergência, deverão vir acompanhados de relatório clínico justificando sua necessidade.

3.3. Rede Referenciada:

- a. Quando o Segurado utilizar os serviços referenciados, colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, **havendo cobertura**, as despesas efetuadas serão pagas pela SEGURADORA diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso para o Segurado, ressalvados, entretanto, os valores da coparticipação contratadas, as quais serão exigidas nos termos e condições previstas nestas Condições Gerais.
- b. **A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Segurado, do Cartão de Identificação**, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Seguro. Durante esse período, os eventos cobertos poderão ser realizados mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.
- b1. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da SEGURADORA.
- c. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos a seguir, **dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da SEGURADORA:**
- c1. Internações clínicas, cirúrgicas, incluindo-se as obstétricas e as psiquiátricas;
- c2. Internações em Hospital-Dia;
- c3. Procedimentos cirúrgicos ou invasivos; procedimentos anestésicos; órteses, próteses e materiais especiais; angiografia; angiotomografia; eletroencefalograma prolongado; potencial evocado; polissonografia; mapeamento cerebral; tomografia computadorizada; ressonância

nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido; eletrocardiografia dinâmica (Holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; radiologia com contraste; USG morfológico; USG Obstétrico com Perfil biofísico do feto; USG Doppler fluxo obstétrico; USG Obstétrico com amniocentese; videolaringoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletronterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; hemoterapia ambulatorial; fisioterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; outros procedimentos previstos no Rol da ANS que apresentem diretriz de utilização.

d. **Todas as internações hospitalares devem ser precedidas de prescrição médica, exceto os casos de urgência ou emergência. O Segurado deverá apresentar relatório do médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade e duração provável da internação.**

e. **A Autorização Prévia somente será efetivada pela SEGURADORA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente.**

f. **Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, o Segurado deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à SEGURADORA, dentro das condições do Plano contratado.**

g. **A Rede Referenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da SEGURADORA, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.**

g1. **A substituição da Rede Referenciada somente ocorrerá, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao ESTIPULANTE e/ou ao Segurado e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo as substituições decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.**

h. O Segurado terá direito ao Guia Médico Unimed da localidade onde se utilizará da assistência.

h1. **O Guia Médico Unimed é desenvolvido por cada Unimed para determinar seus recursos referenciados conforme sua área de atuação.**

h2. **O Segurado deverá utilizar os serviços descritos no Guia Médico da Unimed local, conforme sua Rede Referenciada, respeitando a distribuição dos recursos e o plano equivalente ao contratado da SEGURADORA.**

h3. Na eventualidade do Segurado não estar em posse do Guia Médico Unimed, este poderá consultar as informações constantes do Guia através do site www.segurosunimed.com.br (link: Guia Médico) ou pelos telefones (24 horas por dia): '0800 016 66 33' (Atendimento Nacional) ou '0800 770 36 11' (Atendimento ao Deficiente Auditivo).

i. As solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamentos da SEGURADORA, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, sendo estipulado o prazo de um dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

i1. Em relação aos pedidos médicos para transplante de rim, córnea, medula óssea autólogo, alogênico e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será imediato, a partir do momento da recepção da solicitação, a qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

IV. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As despesas que excederem os limites de cobertura e os níveis de reembolso do Seguro contratado, ou que não se relacionem com o tratamento médico-hospitalar previstos no Seguro correrão, sempre, por conta exclusiva do Segurado que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.

4.2. Salvo disposição expressa em contrário, estão excluídas da cobertura deste Seguro as despesas decorrentes de:

- a. Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses (inclusive próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero), desde que não ligadas ao ato cirúrgico (intraoperatório);**
- b. Cirurgias plásticas e tratamentos cirúrgicos com finalidade estética ou social, assim como cirurgias para mudança de sexo;**
- c. Internação domiciliar, mesmo em caráter de urgência ou emergência; consulta domiciliar, mesmo em caráter de urgência ou emergência, exceto os atendimentos previstos na Assistência pré-hospitalar- APH, prevista nestas Condições Gerais;**
- d. Enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- e. Internações clínicas ou cirúrgicas iniciadas antes do início de vigência do Seguro;**
- f. Consultas, terapias, Internações, tratamentos e cirurgias experimentais, mesmo que decorrentes de emergência e urgência, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g. Necropsia;**
- h. Itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral etc.) ou despesa com acompanhantes não previstas nestas Condições Gerais;**
- i. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente ou sem que o Segurado apresente doença ou sintoma;**
- j. Quaisquer tratamentos odontológicos ou ortodônticos, mesmo decorrentes de acidentes pessoais, exceto cobertura para cirurgias buco-maxilo-facial, conforme previsto nestas Condições Gerais e nas normas aplicáveis vigentes;**
- k. Tratamento para obesidade, exceto cirurgia para obesidade mórbida, conforme previsto nestas Condições Gerais;**
- l. Tratamentos cirúrgicos e exames laboratoriais diagnósticos e de prevenção, inseminação artificial, provas de paternidade, esterilização por retirada de função de órgão ou sistema, visando controle de natalidade, excetuando-se casos previstos no Planejamento Familiar, conforme disposições legais;**
- m. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, não previstos no Rol de Procedimentos, por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, tratamentos em “SPA”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos; internações em ambiente hospitalar que não necessitem de cuidados médicos;**
- n. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;**
- o. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, social ou cosmética;**

- p. Tratamentos de moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de cataclismos, guerras, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, quando declarados pela autoridade competente;
- q. Fornecimento de medicamentos e/ou materiais cirúrgicos para tratamento domiciliar;
- r. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- s. Laserterapia para tratamento de varizes; medicina ortomolecular; mineralograma de cabelo;
- t. Transplantes, excetuando-se aqueles previstos nestas Condições Gerais;
- u. Sonoterapia;
- v. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; que vissem fornecer os meios indicados para proporcionar o reingresso do Segurado no mercado de trabalho; Atendimentos ou tratamentos destinados à readaptação social e profissional; Qualquer tipo de indenização reparatória ou compensatória decorrente de doenças ou de lesões traumatológicas de qualquer natureza;
- w. Outras terapias (exceto hidroterapia e psicomotricidade, conforme previstas nestas Condições Gerais);
- x. Vacinas, exceto as previstas nestas Condições Gerais;
- y. Saúde Ocupacional.

V. DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência da Apólice de Seguro é de um ano e seu início se dará a partir da data mencionada na própria Apólice de Seguro e/ou na Proposta de Contratação.

5.1.1. A apólice de Seguro poderá ser renovada automaticamente ao término de vigência, salvo se ocorrer manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de **60 (sessenta) dias antes da data do vencimento**.

5.2. Salvo a aplicação dos reajustes de prêmios previstos neste instrumento, a renovação automática do contrato não implicará a cobrança de qualquer taxa adicional.

VI. PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência deste Seguro serão definidos nestas Condições Gerais, onde serão respeitados os limites impostos pela Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas posteriores regulamentações.

6.2. Para o grupo inicial ou posterior com número de segurados igual ou superior a 30 (trinta) não haverá exigência do cumprimento de prazos de carência, desde que o(s) proponente(s) ingresse(m) no contrato em até 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice/contrato ou da sua vinculação ao Estipulante.

6.3. Nos contratos com número de segurados igual ou superior a 30 (trinta) poderão, ainda, ser aceitos com isenção de carência os segurados inscritos **até 30 (trinta) dias da data que lhes facultou o direito de inscrição** neste Seguro (casamento, nascimento, adoção, concessão de guarda provisória, vinculação ao Estipulante etc.).

6.4. Nos contratos com número de segurados **igual ou superior a 30 (trinta)**, os segurados **inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias**, poderão, ainda, ser aceitos desde que cumpram os seguintes prazos de carência:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Consulta	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Exames Especiais	90 dias
Procedimentos Ambulatoriais especiais	90 dias
Internações clínicas	180 dias
Internações psiquiátricas	180 dias
Internações psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias
Internações cirúrgicas	180 dias
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à Internação Obstétrica, exceto Parto a Termo	180 dias
Parto à Termo	300 dias
Transplantes	180 dias
Assistência Domiciliar	180 dias

6.5. O grupo inicial ou posterior, com número de segurados **inferior a 30 (trinta)**, cumprirão os seguintes prazos de carências, contados a partir do início de vigência do seguro individual:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Atendimento de urgência e emergência	24 horas
Consulta	30 dias
Exames Básicos	30 dias
Exames Especiais	30 dias
Procedimentos Ambulatoriais especiais	30 dias
Internações clínicas	90 dias
Internações psiquiátricas	180 dias
Internações psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias
Internações cirúrgicas	180 dias
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à Internação Obstétrica, exceto Parto a Termo	180 dias
Parto à Termo	300 dias
Transplantes	180 dias
Assistência Domiciliar	180 dias

6.6. As carências, quando devidas, serão cumpridas conforme especificados nos itens 6.4 e 6.5.

6.7. A inclusão dos Segurados inscritos após o prazo definido nestas Condições Gerais dependerá do preenchimento do Cartão-Proposta, observadas, ainda, as demais disposições contratuais.

6.8. Nos casos de transferência para um Plano com níveis de reembolso superiores aos do Plano

inicialmente contratado, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados, para as diferenças de níveis de reembolso, os prazos de carência de 180 (cento e oitenta) dias para todos os procedimentos, exceto Parto à Termo, cuja carência será de 300 (trezentos) dias.

6.9. Quando o Segurado optar por plano com coberturas mais amplas, serão aplicadas as carências das novas coberturas, de acordo com as condições do novo plano.

6.10. Quando o Segurado estiver em carência, as urgências e emergências estarão cobertas até o momento da caracterização da necessidade de internação, ou até o máximo de 12 (doze) horas prevalecendo o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção do Segurado para recurso hospitalar mais próximo que a atenda a expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

6.11. Quando contratada opção de ingresso para Agregados, serão aplicadas às mesmas regras contratuais de carências, desde que o início de vigência seja igual ao do segurado principal. Para ingresso com vigência posterior ao do segurado principal, haverá aplicação de carência total, conforme definidos nestas Condições Gerais.

VII. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao Seguro Saúde.

7.2. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) segurados, não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o proponente formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou de sua vinculação ao Estipulante.

7.3. A SEGURADORA poderá exigir, no momento da contratação ou adesão, para aceitação dos Segurados, o preenchimento de cartão proposta, com declaração pessoal de saúde e atividade.

7.4. A declaração pessoal de saúde e atividade consiste num formulário, elaborado pela SEGURADORA, para registro das informações sobre as doenças e lesões de que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão no Seguro Saúde.

7.5. De acordo com a definição de doença ou lesão preexistente constante nestas Condições Gerais, deverá o Segurado ou seu representante legal informá-la à SEGURADORA, independentemente da exigência do preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, sob pena de imputação de fraude, com a consequente perda de direito ao Seguro, observado o disposto nas demais Cláusulas nestas Condições Gerais.

7.6. Identificado indício de fraude por parte Segurado, referente à omissão de conhecimento de

doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao Seguro Saúde, a SEGURADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado e poderá:

- a. oferecer cobertura parcial temporária ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao Seguro Saúde, ou
- b. oferecer o agravo, ou
- c. solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.

7.7. Nas situações onde a SEGURADORA não optar, a seu único e exclusivo critério, por oferecer a cobertura total sem qualquer ônus adicional ao Segurado, o oferecimento do agravo previsto nestas Condições Gerais será opcional, sendo obrigatório o oferecimento de cobertura parcial temporária.

7.8. A SEGURADORA não poderá suspender a cobertura assistencial ou rescindir unilateralmente o contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

7.9. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Segurado a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a SEGURADORA poderá oferecer ao Segurado, a seu único e exclusivo critério, cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Segurado.

7.10. Caso a SEGURADORA opte pelo **não oferecimento de cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes**, a mesma deverá oferecer ao Segurado a cobertura parcial temporária, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à cobertura parcial temporária.

7.11. Nos casos em que seja aplicável cobertura parcial temporária ou agravo, será utilizado o Rol de Procedimentos de alta complexidade constante da Resolução da ANS, publicada no Diário Oficial da União, que esteja em vigor na data da ocorrência do evento.

7.12. Quando, em razão de preexistências declaradas pelo proponente, a este for oferecida opção por cobertura parcial temporária ou agravo, **a aceitação de sua proposta se dará automaticamente com o recebimento, pela SEGURADORA, de sua opção por escrito e expressamente manifestada**.

7.13. Quando a SEGURADORA realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Segurado, com vistas à sua admissão no Seguro Saúde, será vedada a alegação posterior quanto a omissão de informação de doença e lesão preexistente.

7.14. **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Seguro Saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes, declaradas pelo Segurado ou seu representante legal.

7.15. **Agravo** é o acréscimo, no valor do prêmio do seguro de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões existentes.

VIII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Os Segurados terão cobertura para os atendimentos de urgência e emergência, respeitando-se os prazos da Cláusula VI. Períodos de Carência e prazos da Cláusula VII. Doenças e Lesões Preexistentes.

8.2. Define-se:

a. **Atendimento de urgência** é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

b. **Atendimento de emergência** é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis ao paciente, comprovado por declaração do médico assistente.

8.3. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato ou, quando for o caso, da data da adesão do segurado ao seguro saúde.

8.4. Também estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, decorrentes de acidentes pessoais, que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

8.5. Quando a Segurada estiver em carência os atendimentos de urgências e emergências decorrentes do processo gestacional estarão cobertos até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção da Segurada para recurso hospitalar mais próximo que a atenda às expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

8.6. Na eventualidade do Segurado estar dentro do período estabelecido para a CPT- cobertura parcial temporária por lesões preexistentes, os atendimentos de urgência ou emergência, decorrentes de acidentes pessoais, estarão cobertos até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento. Após esse prazo, a SEGURADORA se responsabilizará pelas despesas da remoção do Segurado para recurso hospitalar mais próximo que o atenda a expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

8.7. Ressalvado o disposto nestas Condições Gerais, onde deverão ser adotados procedimentos próprios, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, a SEGURADORA garantirá a remoção do Segurado para recurso hospitalar que o atenda, observados os critérios referentes a Rede Referenciada a que faz jus o Segurado.

8.8. Na eventualidade do Segurado pleitear que a remoção seja feita para recurso hospitalar que não faça parte da Rede Referenciada ou que por razões contratuais não o atenda diretamente, o Segurado deverá negociar as bases do atendimento junto ao prestador de serviços.

8.9. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Referen-

ciada, o valor do reembolso não poderá ser inferior aos preços dos serviços médicos e hospitalares praticados junto a Rede Referenciada, observada as demais disposições constantes destas condições gerais.

IX. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas pelos Segurados e com liberdade de escolha de médicos, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, será efetuado de acordo com os limites previstos nestas Condições Gerais e **Tabela da UNIMED SEGUROS SAÚDE**, em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada no **3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo** e na **SEGURADORA**, à disposição dos Segurados e do ESTIPULANTE.

9.1.1. A tabela acima citada também está à disposição para consulta do Estipulante e Segurados no endereço da sede da SEGURADORA e na sede do **ESTIPULANTE**.

9.2. Em qualquer evento coberto por este seguro é preservada ao Segurado a LIVRE ESCOLHA dos serviços médicos e hospitalares, **desde que legalmente habilitados e cobertos por este Seguro**.

9.3. Qualquer despesa somente será reembolsada respeitando-se os prazos de carência, CPT, níveis de reembolso, coparticipação contratadas, bem como os limites previstos nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação.

9.4. Para os procedimentos de alto custo e/ou com limites contratuais, ao utilizar-se da livre escolha, o Segurado deverá confirmar suas coberturas por meio da Central de Relacionamento da SEGURADORA, através do número de telefone indicado nestas Condições Gerais.

9.5. Respeitadas as condições do contrato, o reembolso cabível dependerá da apresentação dos seguintes documentos, sempre em originais (exceto prontuário médico):

- **Consulta Médica** - Recibo do médico, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data da consulta, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Do recibo, deverão constar, ainda, os dados do Médico (nome, CPF, CRM, especialidade, assinatura e endereço completo).
- **Exames Laboratoriais e Radiológicos** – Pedido do médico assistente, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).
- **Terapias Especiais, realizadas em sessões (Fisioterapia, Acupuntura e outras)** – A cada 10 sessões realizadas, haverá obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando o diagnóstico, tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. Do recibo deverão constar os dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

• Despesas Hospitalares:

- a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
- b. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anátomo-patológico(s) ou polissonografia(s);
- c. Recibos ou Nota Fiscal dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);
- d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

9.5.1. Do Conteúdo do(s) recibo(s) ou da(s) Nota(s) Fiscal(is) deverá constar: nome do paciente, data do evento, valor cobrado (numérico e por extenso), recibos de honorários médicos individualizados contendo os dados do profissional (nome, CPF/MF, CRM, função exercida no evento e assinatura). Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CRM, função e valor cobrado para cada profissional).

9.5.2. Da Nota Fiscal hospitalar deverá constar: nome do Segurado, período da internação, descriptivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos.

9.5.3. Quando utilizadas próteses e/ou órteses ligadas ao ato cirúrgico **deverá ser apresentado relatório médico justificando a implantação do aparelho, acompanhando a Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo do aparelho.**

9.5.4. Em caso de remoção inter-hospitalar deverá ser apresentado relatório médico informando o diagnóstico do paciente e necessidade da remoção, juntamente com a Nota Fiscal contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do total de quilômetros rodados, valor unitário da quilometragem, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou simples).

9.6. Estando caracterizada a cobertura, a SEGURADORA efetuará o devido reembolso ao Segurado no prazo de 5 (cinco) dias úteis para consultas e exames e 10 (dez) dias úteis para demais procedimentos, contados da data do **recebimento da documentação correta e completa na SEGURADORA, sob protocolo.**

9.7. Os eventos cirúrgicos e os demais procedimentos cobertos pelo Seguro e não previstos na **Tabela da SEGURADORA**, serão reembolsados por valores correspondentes aos casos análogos daquela tabela, segundo o plano no qual esteja incluído o Segurado.

9.8. O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será apurado considerando a aplicação do múltiplo do plano contratado pelo Segurado sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela da SEGURADORA. **Em nenhuma hipótese, o reembolso será superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado ao profissional ou instituição médica.**

9.9. Quando o evento ocorrer no exterior, o reembolso será efetuado com base no câmbio oficial de venda da **data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.**

9.10. O reembolso das despesas cobertas por este Seguro será efetuado diretamente em conta

corrente do Segurado, ou ao seu procurador legalmente constituído, através de procuração em que constem poderes específicos para receber e dar quitação.

9.11. A fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos objeto de reembolso, a SEGURADORA poderá, a seu critério, solicitar laudos de exames realizados anteriormente, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgar necessários, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a retaguarda do prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

9.12. A SEGURADORA, independentemente da adoção das medidas legalmente aplicáveis contra o responsável por danos que lhe forem causados, não efetuará qualquer reembolso ou pagamento com base neste Seguro, caso haja, por parte do ESTIPULANTE ou dos Segurados:

- a. Inexatidão ou omissão nas declarações fornecidas na proposta que tenham influído na aceitação do Seguro ou em qualquer pagamento previsto neste contrato;
- b. Fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- c. Inobservância das obrigações contratuais;
- d. Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da SEGURADORA na elucidação do evento ou das respectivas despesas;
- e. Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.

9.13. Prescreve em 1(um) ano, a contar do fato gerador, a pretensão do Segurado em requerer junto à SEGURADORA o reembolso previsto na presente cláusula (art. 206, §1º, inciso II, letra 'b' do Código Civil Brasileiro).

9.14. Referencial para reembolso de despesas.

9.14.1. É o valor apurado multiplicando-se o valor do CMS (Coeficiente Médico da SEGURADORA), pelo múltiplo do plano contratado e pelo valor unitário do procedimento previsto na Tabela da SEGURADORA.

9.14.2. O valor, em moeda corrente no país, do CMS (**Coeficiente Médico da SEGURADORA**), estipulado contratualmente e aplicado à Tabela da SEGURADORA está previsto na Proposta de Contratação.

9.15. Múltiplos de reembolso

9.15.1. Os múltiplos de reembolso adotados, bem como os limites máximos de CMS (Coeficiente Médico da Seguradora) além dos limites (em Reais) para pagamento estão previstos na Proposta de Contratação.

X. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Quando o Segurado utilizar os serviços referenciados colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, **havendo cobertura**, as despesas efetuadas serão pagas pela SEGURADORA diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso para o Segurado, ressalvados, entretanto, os valores da coparticipação contratadas, as quais serão exigidas nos termos e condições previstas nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação.

10.2. A Rede Referenciada estará disponível somente após o recebimento, pelo Segurado, do Cartão de Identificação, que será encaminhado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Seguro. Durante esse período, os eventos cobertos poderão ser realizados mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.

10.2.1. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da SEGURADORA.

10.3. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos a seguir, dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da SEGURADORA:

- a. Internações clínicas, cirúrgicas, incluindo-se as obstétricas e as psiquiátricas;
- b. Internações em Hospital-Dia;
- c. Procedimentos cirúrgicos ou invasivos; procedimentos anestésicos; órteses, próteses e materiais especiais; angiografia; angiotomografia; eletroencefalograma prolongado; potencial evocado; polissonografia; mapeamento cerebral; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido; eletrocardiografia dinâmica (Holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; radiologia com contraste; USG morfológico; USG obstétrico com perfil biofísico do feto; USG Doppler fluxo obstétrico; USG obstétrico com amniocentese; videolarin-goestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletronterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; hemoterapia ambulatorial; fisioterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; outros procedimentos previstos no Rol da ANS que apresentem diretriz de utilização.

10.4. Todas as internações hospitalares devem ser precedidas de prescrição médica, exceto os casos de urgência ou emergência. O Segurado deverá apresentar relatório do médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade e duração provável da internação.

10.5. A Autorização Prévia somente será efetivada pela SEGURADORA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente.

10.6. Conforme o procedimento ou especialidade, não havendo recurso credenciado disponível, o Segurado deverá utilizar o sistema de livre escolha e solicitar reembolso à SEGURADORA, dentro das condições deste seguro.

10.7. A Rede Referenciada poderá ser substituída, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da SEGURADORA, respeitando-se os critérios estabelecidos na legislação vigente.

10.8. A substituição da Rede Referenciada somente ocorrerá, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao ESTIPULANTE e/ou ao Segurado e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo as substituições decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.9. O Segurado terá direito ao Guia Médico Unimed da localidade onde se utilizará da assistência.

10.9.1. O Guia Médico Unimed é desenvolvido por cada Unimed para determinar seus recursos referenciados conforme sua área de atuação.

10.10. O Segurado deverá utilizar os serviços descritos no Guia Médico da Unimed local, conforme sua Rede Referenciada, respeitando a distribuição dos recursos e o plano equivalente ao contratado da SEGURADORA.

10.11. Na eventualidade do Segurado não estar em posse do Guia Médico Unimed, este poderá consultar as informações constantes do Guia através do site www.segurosunimed.com.br (link: Guia Médico) ou pelos telefones (24 horas por dia): '**0800 016 66 33**' (Atendimento Nacional) ou '**0800 770 36 11**' (Atendimento ao Deficiente Auditivo).

10.12. As solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamentos da SEGURADORA, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, sendo estipulado o prazo de um dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

10.13. Em relação aos pedidos médicos para transplante de rim, córnea, medula óssea e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será imediato, a partir do momento da recepção da solicitação, a qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

10.14. COPARTICIPAÇÃO

10.14.1. Este seguro poderá ser contratado com coparticipação, conforme estabelecido na Proposta de Contratação.

10.14.2. No caso de reembolso, os valores da coparticipação **serão deduzidos dos valores a serem pagos ao Segurado**.

10.14.3. Quando aplicada a coparticipação os valores **serão de responsabilidade e cobrados do ESTIPULANTE** em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Segurados.

10.14.4. O valor ou percentual da coparticipação definido na Proposta de Contratação não poderá caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do Segurado, ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

10.14.5. Fica assegurado que a coparticipação para Consultas, Exames Básicos, Exames Especiais, Ambulatoriais Especiais não ultrapassará 30% (trinta por cento) do custo do procedimento.

10.14.6. Fica assegurado que a coparticipação para Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas não ultrapassará um terço do custo total da internação e terá o limite máximo de R\$10.000,00 (Dez Mil Reais).

10.15. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

10.15.1. As divergências e dúvidas de natureza médica sobre as coberturas previstas no presente

Seguro serão dirimidas por junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo Segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. A constituição da junta médica poderá ser solicitada pelo Segurado ou pela SEGURADORA.

10.15.2. Não havendo consenso na escolha do desempatador, a designação será solicitada ao Presidente de Sociedade Médica, sediada na localidade do atendimento que gerou a divergência.

10.15.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar; os do terceiro serão pagos pela SEGURADORA.

XI. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Os valores estabelecidos pelas coberturas aqui expressas serão pagos em valores pré-estabelecidos.

11.1.1. Entende-se por pré-estabelecido, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

11.2. A contraprestação pecuniária será cobrada através de fatura e será totalmente paga pelo ESTIPULANTE à SEGURADORA.

11.3. FATURAMENTO

11.3.1. A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pelo ESTIPULANTE à SEGURADORA até o dia 20 de cada mês, sendo de exclusiva responsabilidade do ESTIPULANTE a comunicação, a qual deverá ocorrer no prazo da movimentação, dos pedidos de novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão individual por inadimplência do Segurado. Na falta de comunicação até essa data, o faturamento terá como base o número de Segurados do mês anterior.

11.3.2. Depois de emitido o faturamento com base nessa movimentação, não poderá o ESTIPULANTE, em qualquer hipótese, realizar o pagamento parcial da fatura.

11.3.3. As movimentações de Segurados ocorridas após esta data serão consideradas como ajuste de prêmio no faturamento subsequente de forma retroativa.

11.3.4. O pagamento da fatura de prêmios deverá ser feita na rede bancária, até o vencimento dela constante pelos valores ali contidos, observado o disposto nestas Condições Gerais.

11.3.5. A data limite para pagamento do prêmio na rede bancária não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão de qualquer documento do qual resulte cobrança.

11.3.6. O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento bancário não modifica o vencimento original, sendo que o pagamento do Seguro com atraso, implica em suspensão das coberturas contratuais, conforme previsto nestas Condições Gerais.

11.3.7. Sobre o valor original do prêmio mensal, pago após a data de seu vencimento, incidirá multa de 2% e juros de 1% ao mês (0,033% ao dia).

11.3.8. O pagamento da contraprestação pecuniária (fatura) será de responsabilidade total

do ESTIPULANTE, salvo o pagamento do prêmio relativo ao benefício disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, onde tal pagamento será assumido integralmente pelo Segurado e pago diretamente à Seguradora.

11.3.9. Se o ESTIPULANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento devido, até cinco dias do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na SEGURADORA para que não se sujeite à consequência de mora.

11.3.10. Caberá a quem a lei determinar o pagamento dos impostos e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios deste Seguro.

11.3.11. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os Segurados que vierem a ser incluídos e àqueles a este contrato já vinculados.

XII. REAJUSTE

12.1. Além do aumento previsto por mudança de faixa etária quando aplicável, visando manter o equilíbrio econômico do contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados no final de cada vigência anual da Apólice, com base na variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos.

12.2. O percentual de reajuste visando o equilíbrio econômico do contrato será comunicado pela SEGURADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na legislação em vigor.

12.3. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustamento em período inferior, serão aplicados imediatamente a este contrato.

12.4. Além dos aumentos previstos nestas Condições Gerais, visando o equilíbrio técnico da apólice, a SEGURADORA reserva-se o direito de, recalcular o prêmio mensal através de cálculos atuariais quando o número mínimo de Segurados, necessário à manutenção do contrato for reduzido, por qualquer motivo, conforme disposto nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação.

12.5. Os valores dos prêmios não poderão ser reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as exceções abaixo:

- a. Mudança de faixa etária;
- b. Migração de plano; ou
- c. Ampliação das coberturas do Seguro.
- d. Adesão ao benefício de demitidos e aposentados.

12.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do mesmo plano deste contrato.

12.7. Para Apólice com quantidade igual ou superior a 30 segurados – Apólice não agregada ao agrupamento de Contratos Coletivos.

12.7.1. Para Apólice em que, no seu último aniversário, tenha quantidade igual ou superior a 30

segurados (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o **Reajuste Financeiro**. Poderá ser aplicado ainda, o Reajuste por Sinistralidade, caso este ultrapasse o percentual previsto na proposta de contratação.

12.8. Para Apólice com quantidade igual ou inferior a 29 segurados – Apólice agregada ao agrupamento de Contratos Coletivos.

12.8.1. De acordo com a legislação vigente é obrigatório formar o Agrupamento de Contratos Coletivos para as Apólices com quantidade igual ou inferior a 29 segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados) para o cálculo do percentual de reajuste único, o qual tem por finalidade promover a distribuição do risco entre as apólices coletivas que compõem o referido agrupamento.

12.8.2. Para Apólice em que, no seu último aniversário, tenha quantidade igual ou inferior a 29 segurados (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o **Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade, do Agrupamento de Contratos Coletivos**, conforme metodologia de cálculo a seguir:

$$RA = RF + RS$$

Onde:

RA = Percentual do Reajuste Anual;

RF = Percentual do Reajuste Financeiro que corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos, que será dado por:

$$RF = \sum_{i=1}^W p_i \cdot IndEC_i$$

p_i = *Total_Despesa_i* / *Total_Geral* = Peso do Item de Despesa;

Total_Despesa_i = Valor total pago referente ao item de despesa de ordem i no período de apuração;

Total_Geral = Valor total de todos os itens de despesas assistenciais e não assistenciais (custos administrativos e comerciais), definidos pela **Unimed Seguros Saúde**;

$IndEC_i$ = Índice econômico acumulado no período de apuração, aplicado ao item de despesa de ordem i ;

RS = Percentual do Reajuste por Sinistralidade que será dado por:

$$RS = (Sinistro / 0,7 * PR) - 1$$

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento, descontado as coparticipações, dentro do período de apuração, das apólices pertencentes ao Agrupamento de Contratos Coletivos;

PR = Corresponde ao total de **Prêmios Recebidos**, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração, das apólices pertencentes ao Agrupamento de Contratos Coletivos.

12.8.3. O Período de Apuração dos Prêmios Recebidos e Sinistro corresponderá aos 12 meses anteriores ao mês de apuração.

12.9. A quantidade de segurados em uma apólice é dinâmica/volátil e será revista anualmente, mas

as variações de quantidade de segurados nos meses subsequentes ao momento de sua contratação ou até o próximo aniversário não irão interferir no agrupamento da apólice.

12.10. Para a apólice não agregada ao agrupamento, deve-se aplicar o reajuste previsto no item 12.7 e seu subitem.

XIII. FAIXAS ETÁRIAS

13.1. O ESTIPULANTE reconhece que os valores dos prêmios, expressos nestas Condições Gerais, estabelecidos na data do início da sua vigência, foram definidos de acordo com as faixas etárias dos componentes do grupo segurável.

13.2. Quando os valores dos prêmios do Seguro forem estabelecidos com base nas faixas etárias, as mesmas serão aplicadas conforme a seguinte distribuição:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 ^a . de 0 a 18 anos; | 2 ^a . de 19 a 23 anos; |
| 3 ^a . de 24 a 28 anos; | 4 ^a . de 29 a 33 anos; |
| 5 ^a . de 34 a 38 anos; | 6 ^a . de 39 a 43 anos; |
| 7 ^a de 44 a 48 anos; | 8 ^a de 49 a 53 anos; |
| 9 ^a de 54 a 58 anos; | 10 ^a a partir de 59 anos. |

13.2.1. O valor do prêmio fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

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

13.2.3. Os percentuais máximos de variação do prêmio, aplicáveis às mudanças de faixas etárias estão previstos na Proposta de Contratação.

13.2.4. Na alteração de idade do Segurado, que implique deslocamento para outra faixa etária, os respectivos prêmios mensais serão cobrados de acordo com os valores então vigentes para a nova faixa etária, **a partir do mês seguinte ao da mudança de faixa**.

13.2.5. A SEGURADORA reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado ou de seus Dependentes.

13.2.6. Sempre que o Segurado optar pelo benefício de demitidos ou aposentados, os prêmios do seguro serão demonstrados por faixa etária, independentemente da forma de contratação pelo ESTIPULANTE.

13.3. PRÊMIOS DO SEGURO (valores em reais)

13.3.1. Para os **Segurados Titulares/Dependentes e Agregados, quando aceitos**, serão cobrados, mensalmente, os valores de prêmios indicados na Proposta de Contratação.

13.3.2. Poderá ser adotado valor de prêmio médio, baseado na variação das faixas etárias expressas, o qual poderá estar previsto na Proposta de Contratação.

13.3.3. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 279/11 da ANS, a **SEGURADORA** prevê na Proposta de Contratação a tabela de prêmios, por faixa etária, para os inativos- demitidos e aposentados.

13.3.3.1. Caso a forma de contratação e preço seja por prêmio médio, nos termos negociado na Proposta de Contratação, quando da manutenção daqueles Segurados que aderirem ao benefício de demitidos ou aposentados, os prêmios serão demonstrados por faixa etária e poderão ser adotados como prêmio médio único, de acordo com a solicitação do **ESTIPULANTE** e aceitação da **SEGURADORA**.

13.3.3.1.1. Havendo o acordo sobre o disposto no item 13.3.3.1 estará disposto no Anexo I o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

13.3.3.2. A **SEGURADORA** compromete-se a encaminhar ao Segurado demitido ou aposentado todas as atualizações da tabela de prêmios por faixa etária , por meio de correspondência simples, em papel timbrado, sendo que estes comunicados

13.3.3.3. Ainda, a **SEGURADORA** manterá a disposição do Segurado demitido ou aposentado para consulta a qualquer tempo, a tabela de prêmio por faixa etária, devidamente atualizada, em seu site e no caso da adoção do prêmio médio único, o preço fixado para esse segurado.

13.3.3.4. A cada nova vigência, os prêmios serão atualizados.

XIV. BÔNUS – DESCONTOS

14.1. Este produto não prevê nenhum tipo de bônus ou desconto ao **ESTIPULANTE** e seus respectivos Segurados.

XV. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1. Exclusivamente quando o **ESTIPULANTE** for o empregador, a **SEGURADORA**, conforme disposições legais, assegura ao Segurado Principal que contribuiu para o seguro, contratado em decorrência de seu vínculo empregatício com o **ESTIPULANTE**, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, bem como aposentados, o direito de manter sua condição de Segurado e dos Segurados dependentes e agregados, quando houver, a ele vinculados, nas mesmas condições das coberturas assistenciais, desde que assuma o pagamento integral do seguro.

15.1.1. Para tanto, o **ESTIPULANTE** fica obrigado a formalizar, por escrito, no ato da rescisão, exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa ou aposentadoria, a comunicar ao Segurado Principal da possibilidade de optar pela manutenção da sua condição de beneficiário no seguro como, dependendo do caso, como demitido ou aposentado.

15.1.2. A comunicação prevista no subitem 15.1.1. deverá ser de forma inequívoca, isto é, por meio de envio do comunicado com aviso de recebimento ou mediante protocolo de recebimento dado na própria comunicação, devendo constar a data e assinatura do Segurado Principal.

15.1.3. O Segurado Principal terá um prazo de 30(trinta) dias para se manifestar, contados da data do recebimento da comunicação, nos termos do subitem 15.1.2. acima. Caso o Segurado Principal não se manifeste no prazo de 30 dias, perderá, por decurso de prazo, o direito de manutenção, dependendo do caso, como demitido ou aposentado.

15.1.4. O ESTIPULANTE ficará obrigado a observar as condições de movimentação e exclusão de segurados, previstos respectivamente, nos itens 2.1.10.2 e 2.1.11, das Condições Gerais.

15.2. Nos seguros coletivos custeados integralmente pela empresa, **não é considerada contribuição** a participação do Segurado nas despesas, a título de coparticipação, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

15.3. Período de permanência nas mesmas condições assistenciais:

a. O Segurado que for demitido ou exonerado sem justa causa, durante a vigência individual, terá assegurado o direito de continuar no seguro, por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no seguro, **no mínimo por 6 (seis) meses e no máximo por 24 (vinte e quatro) meses;**

b. Em caso de aposentadoria, o Segurado terá garantido o direito de permanecer no seguro por tempo indeterminado, **desde que tenha cumprido uma permanência de pelo menos 10 (dez) anos.** Caso o aposentado tenha permanecido no seguro por período inferior a esse, o direito de permanência será assegurado na **base de um ano para cada ano de permanência no seguro.**

15.4. O período de permanência será apurado considerando a vigência individual do Segurado Principal neste seguro e/ou em seguro anterior do mesmo ESTIPULANTE.

15.5. Para fins de aplicação do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 será considerado o período de contribuição do ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras/ SEGURADORAS para cálculo do período do benefício de demitido ou aposentado.

15.6. A continuidade prevista nesta Cláusula será extensiva aos Segurados Dependentes e Agregados, inclusive ao novo cônjuge e filhos, **cessando assim que o Segurado Principal for admitido em novo emprego ou passar a exercer nova atividade remunerada** que possibilite o ingresso em novo plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

15.6.1. O Segurado fica obrigado a comunicar, imediatamente à SEGURADORA seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, nos termos do subitem 15.6, ficando, na falta dessa comunicação, sujeito ao pagamento das despesas geradas, desde a data da cessação da sua inatividade, sem prejuízo de outras penalidades legais.

15.7. No caso de rescisão do presente contrato, **será automaticamente rescindido o contrato dos demitidos e aposentados, não cabendo qualquer obrigação à SEGURADORA pelo cumprimento dos períodos em que os Segurados ainda tenham direito de cobertura.**

15.8. Os benefícios previstos nesta Cláusula não excluem vantagens obtidas pelos Segurados/ empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.9. Em caso de morte do Segurado Principal, o direito de permanência é assegurado aos de-

pendentes e agregados, quando houver, cobertos pelo seguro, observadas as demais disposições constantes do contrato, em especial no que se refere ao período de permanência, **desde que assumam o pagamento integral do seguro.**

15.9.1. O direito de manutenção ao benefício de aposentados é garantido aos dependentes e agregados do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

15.9.2 É assegurado ao segurado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem se desligar é garantido o direito de manutenção do seguro saúde na condição de aposentado, desde que observada as demais condições contratuais.

15.10. Em caso de cancelamento do contrato coletivo empresarial, onde o ESTIPULANTE conceda esse benefício (seguro saúde) a seus empregados ou ex-empregados, a SEGURADORA deverá oferecer ao universo de Segurados plano de assistência à saúde na modalidade ‘individual’ ou ‘familiar’, **desde que no momento do cancelamento do plano coletivo a SEGURADORA possua produto ativo e registrado na ANS na forma ‘individual’ ou ‘familiar’.**

15.10.1. Entende-se por ‘**produto ativo e registrado na ANS**’ o plano de assistência à saúde, na modalidade ‘individual’ ou ‘familiar’, cuja comercialização se mantenha ativa e efetivamente regular, por parte da **SEGURADORA**, no momento do cancelamento do plano coletivo empresarial.

15.11. Caso o **ESTIPULANTE** opte por contratar um seguro saúde exclusivo para os inativos, ficará obrigado a assinar um novo contrato, específico.

XVI. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

16.1. Quando for exigida declaração pessoal de saúde, se o Segurado, por si ou por seus representantes, fizer declarações inexatas, omitindo circunstâncias ou fatos que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao Seguro e pagará os prêmios vencidos, consoante as disposições legais, observado as demais disposições constantes nestas Condições Gerais.

16.2. As coberturas do Segurado Principal, de seu(s) Dependente(s) e agregados, quando existirem, cessarão automaticamente:

- a. quando o **ESTIPULANTE** solicitar, formalmente, a suspensão ou exclusão do Segurado do contrato;
- b. inadimplemento do Segurado relativo aos prêmios do benefício constante dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98; ou
- c. com o cancelamento do contrato.

16.3. A SEGURADORA poderá, a seu exclusivo critério, excluir ou suspender a assistência à saúde dos Segurados nas seguintes hipóteses:

- a. em caso de fraude ou dolo, por parte do Segurado Principal, dos Segurados Dependentes, se houver; e

b. com a cessação do vínculo entre o Segurado e o ESTIPULANTE, respeitado o direito de extensão de cobertura assistencial constante dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, conforme disposto nesta Condições Gerais;

16.4. As coberturas dos Segurados Dependentes e Agregados, quando inscritos, cessarão automaticamente:

- a. sempre que cessarem as coberturas do Segurado Principal a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas nestas Condições Gerais; e**
- b. com a perda das condições de dependência estabelecidas nestas Condições Gerais.**

16.5. O Segurado Principal deverá comunicar o ESTIPULANTE, que por sua vez deverá comunicar a SEGURADORA, tão logo ocorra, a perda da condição de dependência das pessoas a ele vinculadas e aceitas no Seguro, **respondendo pelas despesas geradas por estes**, sendo que a cobertura de qualquer Dependente cessará, de pleno direito, no mês seguinte ao da perda dessa condição.

XVII. RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1. Este contrato de seguro será cancelado/rescindido imediatamente:

- a. no caso de qualquer ato ilícito, fraude, ou dolo pelo ESTIPULANTE e/ou por qualquer Segurado na utilização deste Seguro;**
- b. se houver inobservância das condições contratuais, ou omissão ou distorção de informações em prejuízo da SEGURADORA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;**
- c. após o prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, de atraso no pagamento do(s) prêmio(s).**

17.2. Na ocorrência do disposto acima, a SEGURADORA deverá notificar o ESTIPULANTE, devendo este último, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação, se manifestar e apresentar suas considerações acerca do ocorrido, bem como, se for o caso, efetuar o pagamento de eventual (is) fatura(s) em atraso.

17.3. Não havendo manifestação expressa por parte do ESTIPULANTE dentro do prazo estabelecido acima ou, se for o caso, não houver pagamento da(s) eventuais fatura(s) em atraso o Seguro poderá ser imediatamente cancelado.

17.4. O contrato poderá ser resilido unilateralmente pela SEGURADORA, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias:

- a. quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior ao descrito nestas Condições Gerais e não houver renegociação;**
- b. se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção, assim entendidas as alterações nas características do grupo Segurado que foi considerado no cálculo dos prêmios, tais como perfil etário, número de Segurados, bem como níveis elevados e/ou frequentes de sinistralidade;**
- c. nos casos de não pagamento do acréscimo resultante dos reajustes previstos nestas Condições Gerais.**

17.5. O número mínimo de Segurados Titulares/Dependentes e máximo de Agregados, estes últimos quando aceitos, exigidos para a manutenção do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação.

17.6. O ESTIPULANTE poderá rescindir o Seguro, no caso de fraude, tentativa de fraude ou de dolo, ou se houver inobservância das condições contratuais, por parte da SEGURADORA.

17.7. O Seguro ainda poderá ser resiliido:

- a. a qualquer tempo, por acordo expresso entre as partes;
- b. por qualquer das partes, desde que decorrido o prazo de vigência do contrato em pelo menos 12 (doze) meses, devendo a parte contrária ser notificada com no mínimo 60 (sessenta) dias antecedência.

17.8. No caso de rescisão por inadimplência do ESTIPULANTE este responderá por todas as despesas geradas pelo Segurado por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além dos prêmios devidos e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais.

17.9. Se o cancelamento ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o ESTIPULANTE responderá também pelas despesas de implantação do Seguro, correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades vincendas até completar o primeiro ano de vigência da apólice.

17.10. Quaisquer que sejam os motivos do cancelamento e/ou resilição do contrato, serão também cancelados os Seguros dos subgrupos ou coligadas que pertencem ao mesmo ESTIPULANTE, bem como dos demitidos ou exonerados, e dos aposentados, que tenham permanecido no seguro em consequência do direito de continuidade estabelecido pela legislação em vigor.

17.11. As garantias previstas no contrato/apólice ficarão automaticamente e de pleno direito SUSPENSAS, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, se decorrido o prazo de vencimento do prêmio, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, respondendo a SEGURADORA apenas pelos eventos que venham a ocorrer durante o período coberto, respeitado o contido nestas Condições Gerais.

17.12. Caso tenha ocorrido à suspensão da cobertura, mas os prêmios devidos sejam pagos até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao início da competência do primeiro prêmio não pago, a mesma será reabilitada para os eventos ocorridos a partir do dia seguinte ao do pagamento, respeitados os prazos de carência ainda não cumpridos.

17.13. A reabilitação de cobertura não ampara tratamentos ocorridos ou iniciados durante o período de suspensão, mesmo que sejam concluídos após a efetivação dos pagamentos dos prêmios em atraso.

17.14. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores, nem dá ao Segurado direito às coberturas do Seguro, caso algum prêmio de vencimento anterior não tenha sido quitado.

17.15. Quando ocorrer a rescisão, seja por qual motivo for, cessarão automaticamente as co-

berturas deste seguro, inclusive para os segurados internados, cabendo ao ESTIPULANTE arcar com o pagamento de todas as despesas decorrentes da continuidade dessa internação a partir da data de encerramento deste contrato.

17.16. Após o encerramento do contrato, o Estipulante também reconhece como dívida líquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, eventuais despesas decorrentes das coberturas médica hospitalares, previstas ou não neste contrato, que a SEGURADORA possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial.

17.16.1. Caso haja qualquer cobrança de sinistros, por parte dos prestadores de serviços à saúde, ocorridos após o final da vigência deste contrato ou, ainda, nas hipóteses de cancelamento/rescisão/resilição, em decorrência de atendimento aos Segurados, o ESTIPULANTE arcará com todas as despesas respectivas, acrescidas de taxa administrativa de 25% (vinte e cinco por cento).

XVIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. DOCUMENTAÇÃO

18.1.1. Além destas Condições Gerais, satisfeitos os requisitos de aceitação e contratação do Seguro, o ESTIPULANTE receberá:

A) Apólice de Seguro Saúde;

B) Consoante se extrai do conteúdo da Instrução Normativa – IN nº 20 de 29 de setembro de 2009, associada com a Resolução Normativa ANS nº 195/09 (com redação alterada pela RN 200/09), deverá ser disponibilizado aos proponentes/segurados que fazem parte da massa segurável/segurada vinculada ao ESTIPULANTE, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

B1) O ESTIPULANTE se compromete a entregar o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) para todos os novos proponentes, sendo que essa entrega deverá ocorrer antes de cada nova adesão ao contrato, podendo o **ESTIPULANTE** se utilizar do material já disponibilizado pela **SEGURADORA** ou, ainda, obtê-lo através da forma mencionada no item 'B4' abaixo.

B2) Confirmada a adesão do(s) novo(s) segurado(s) titular(es), a **SEGURADORA** enviará ao **ESTIPULANTE**, juntamente com o Cartão de Identificação Individual dos segurados e demais documentos que façam parte da contratação, o Guia de Leitura Contratual destinado a cada um dos segurados titulares.

B3) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) serão entregues ao **ESTIPULANTE** através de material impresso ou em mídia digital, à escolha do proponente/segurado titular.

B4) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) também estará à disposição (para leitura e impressão) através do site www.segurosunimed.com.br, podendo ser obtido em dois acessos diferentes, a saber:

- Para Sua Empresa > Saúde > Empresarial > Saiba Mais
- Sou Cliente > Empresarial > Saúde > Resolução Normativa ANS > Saiba Mais

B5) O **ESTIPULANTE** concorda que a entrega do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e do Guia de Leitura Contratual aos proponentes/segurados será da sua exclusiva responsabilidade, sendo que a eventual omissão dessa obrigação não o eximirá da reparação dos danos, perdas e/ou prejuízos que porventura vierem a ser causados à **SEGURADORA**, em espe-

cial por àqueles impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por qualquer órgão de defesa do consumidor ou mesmo pelo Poder Judiciário.

18.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

18.2.1. O ESTIPULANTE fica obrigado a comprovar o recolhimento dos Cartões de Identificação de todos os Segurados, ou devolvê-los à SEGURADORA, mediante protocolo, ficando responsável pelo uso indevido dos mesmos, caso assim não proceda, nos seguintes casos:

- a) cancelamento do contrato;
- b) suspensão de cobertura, por inadimplemento contratual, por parte do ESTIPULANTE ou do Segurado;
- c) cessação das coberturas individuais, por qualquer motivo, inclusive pela perda do vínculo com o ESTIPULANTE.

18.2.2. Entende-se por uso indevido a utilização dos Cartões de Identificação pelos Segurados que tenham perdido direito à cobertura deste Seguro, ou por terceiros.

18.2.3. O uso indevido do Cartão de Identificação, de qualquer Segurado, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Segurado Principal e de todo o grupo familiar a ele vinculado, sem prejuízo das demais sanções legais.

18.2.3.1. A ação da SEGURADORA será:

- a) contra o ESTIPULANTE, nas hipóteses relativas a sua responsabilidade e previstas nestas Condições Gerais;
- b) contra o Segurado, nas demais hipóteses.

18.2.4. O ESTIPULANTE reconhece como dívida líquida e certa quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados aos Segurados a ele vinculados, quando cessadas as responsabilidades da SEGURADORA, respeitado o disposto nos itens anteriores.

18.2.5. Os valores relativos às despesas referidas nestas Condições Gerais deverão ser liquidados da forma prevista para as faturas de prêmios mensais, até os vencimentos estabelecidos pela SEGURADORA, nos documentos de cobrança, quando de responsabilidade do ESTIPULANTE.

18.3. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

18.3.1. O Segurado autoriza expressamente a SEGURADORA a obter, a qualquer tempo, por intermédio do Departamento Médico desta, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado ou a seu Dependente Segurado ou Agregado, quando houver, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Seguro.

18.3.2. Para que a SEGURADORA obtenha informação e documentação, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa, desde logo, médicos, clínicas e hospitais de qualquer restrição ligada a sigilo profissional.

18.4. ALTERAÇÃO DO CONTRATO

18.4.1. Nenhuma alteração no contrato será válida se não for solicitada por escrito e ratificada pela SEGURADORA.

18.5. RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA

18.5.1. A responsabilidade da SEGURADORA está restrita exclusivamente aos compromissos explicitados nas diversas cláusulas que regem o contrato, não se responsabilizando por quaisquer outras promessas verbais ou que não estejam contratualmente previstas e devidamente assinadas pela diretoria da SEGURADORA ou seu representante legal.

18.5.2. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS E INACUMULABILIDADE

18.5.2.1. O Segurado se obriga a comunicar, por escrito à SEGURADORA, imediatamente, a contratação, no decorrer da vigência do contrato, de qualquer outro Seguro dessa modalidade.

18.5.2.2. Os pagamentos decorrentes das prestações dos serviços cobertos por este Seguro terão caráter indenizatório, não se permitindo aos Segurados à percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios, previstos neste contrato.

18.5.2.3. Havendo mais de um Seguro com garantias semelhantes à deste, os pagamentos não poderão exceder a soma dos limites indenizáveis. Cada operadora responderá proporcionalmente pelo valor de cada cobertura, no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.

18.6. SUB-ROGAÇÃO

18.6.1. Efetuados os pagamentos de quaisquer coberturas previstas neste contrato, a SEGURADORA ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido, em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

18.7. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

18.7.1. A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do ESTIPULANTE somente poderão ser feitas mediante autorização expressa da SEGURADORA.

18.8. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

18.8.1. Em caso de inclusão de empresas coligadas, serão aplicadas as mesmas condições da empresa ESTIPULANTE, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas, inclusive quanto à renegociação de reajuste.

18.8.2. O ESTIPULANTE será responsável por prestar informações referentes às suas empresas coligadas, que eventualmente venham a aderir ao Seguro, sendo também de sua responsabilidade a informação sobre a exclusão de quaisquer coligadas do grupo.

18.8.3. O ESTIPULANTE tem a obrigação de comunicar, a todas as empresas coligadas e a todos

os seus Segurados, o conteúdo efetivo das exclusões e de todas as cláusulas deste contrato, bem como de todos os seus direitos e deveres, respondendo, sob todos os aspectos legais, por prejuízos que o Segurado possa sofrer por ausência de qualquer comunicação de responsabilidade daquele.

18.9. NOVAÇÃO

18.9.1. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não implicam perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.10. OUTRAS DISPOSIÇÕES

18.10.1. Estas condições, bem como os direitos pelos mesmos assegurados, não poderão ser transferidos ou cedidos, por qualquer forma, exceto no caso de empresas coligadas devidamente caracterizadas, conforme as definições constantes nestas Condições Gerais.

18.10.2. O ESTIPULANTE, por si e por seus Segurados, autoriza a SEGURADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização do setor da assistência à saúde.

18.10.3. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objetos de aditivo ao presente contrato, quando couber.

18.10.4. A emissão de aditivo que verse sobre as situações acima expostas não poderá tratar de alteração do produto.

18.10.5. Este Seguro foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a sua assinatura. **Qualquer alteração de normas que implique modificação das condições contratuais sujeitará o contrato a novo ajuste, inclusive quanto aos valores dos prêmios.**

18.10.6. O ESTIPULANTE se obriga a somente incluir na massa inicial os proponentes (titulares) que se enquadram as formas e condições de elegibilidade previstas no art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 195/09, de 14 de julho de 2009, as quais estão descritas no item de CONCEITOS E DEFINIÇÕES nestas Condições Gerais.

18.10.7. Além do disposto no item 18.10.6 acima, após o início de vigência do seguro, o ESTIPULANTE somente poderá requerer a inclusão de novos proponentes que cumpram as condições de elegibilidade constantes do art. 5º da citada Resolução Normativa.

18.10.8. O ESTIPULANTE será responsável pela reparação de eventuais danos, prejuízos e/ou sanções administrativas/judiciais que porventura sejam causados à SEGURADORA, em virtude do não cumprimento das obrigações elencadas nos itens 18.10.6 e 18.10.7 acima.

18.10.9. Surgindo divergência quanto à interpretação ou extensão do pactuado neste contrato ou quanto à execução das obrigações dele decorrentes, ou constatando-se nele a existência de lacunas, solucionarão as partes tais divergências, de acordo com os princípios da boa-fé, da equidade, da razoabilidade e da economicidade e preencherão as lacunas com estipulações que, presumivelmente, teriam correspondido a aplicação fática dos normativos emanados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.11. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

18.11.1. Os conceitos e definições a seguir integram as Condições Gerais e a Apólice, para todos os efeitos deste contrato de Seguro:

- **Acidente Pessoal** é a ocorrência com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico;
- **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar** é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado e regulado pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar de saúde;
- **Apólice** é o documento emitido pela SEGURADORA e entregue ao **ESTIPULANTE**, após a aceitação da proposta, que instrumenta o contrato de Seguro;
- **Atenção Domiciliar** é o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio;

Possui duas modalidades:

- **Assistência domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, de baixa complexidade, programadas, desenvolvidas em domicílio;
- **Internação Domiciliar**: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção da equipe de saúde, por no mínimo seis horas diárias, ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada;
- **Autorização Prévia** é aquela necessária à realização de determinados procedimentos médicos ou hospitalares, mediante solicitação do médico assistente e registro formal, na SEGURADORA, dessa solicitação, conforme condições contratuais;
- **Benefícios Especiais** são os serviços assistenciais e/ou coberturas adicionais, garantidos aos Segurados, durante o período de vigência da apólice de assistência médica, conforme disposto nestas Condições Gerais;
- **Cálculo Atuarial** é a avaliação estatística realizada através da análise de informações sobre a frequência de utilização, grupo Segurado e coberturas contratadas, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do seguro e o cálculo dos prêmios mensais;
- **Carência** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual, durante o qual o Segurado não tem direito às coberturas contratadas, embora sejam devidos os pagamentos dos prêmios;
- **Cartão Individual de Identificação** é o documento que identifica o Segurado e seu respectivo seguro junto à Rede Referenciada;
- **Cartão-Proposta** é o documento preenchido pelo Segurado Principal, responsável pela própria declaração de saúde e de seus dependentes, objetivando a contratação do seguro;
- **CID 10** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10^a revisão;
- **CMS** - Coeficiente Médico da SEGURADORA - é o valor, expresso em Reais, que serve como base para determinação dos valores de reembolso dos procedimentos cobertos por este Seguro;
- **Coligada** é a Sociedade Comercial ou Civil vinculada ao ESTIPULANTE mediante participação no seu capital;
- **Competência** é o período ao qual se refere o pagamento do prêmio;
- **Condições Gerais** são condições contratuais, descritas conforme normas da ANS, respeitando-se o Código de Defesa do Consumidor, aplicáveis a todos os planos do seguro;
- **Contrato coletivo empresarial** é aquele que abrange o grupo delimitado e vinculado ao Estipulante por relação empregatícia ou estatutária, incluindo ou não o grupo familiar do Segurado

Principal, sendo o contrato celebrado por intermédio do Estipulante e com cobrança dos prêmios também sob responsabilidade do Estipulante. A vinculação exigida entre o Segurado Titular e o Estipulante também abrange: (i) os sócios e/ou os administradores da empresa Estipulante; (ii) os agentes políticos; (iii) os trabalhadores temporários; (iv) os estagiários e menores aprendizes; (v) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente ao Estipulante, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;

• **Contribuição:** qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

• **Coparticipação** é o valor percentual de responsabilidade do ESTIPULANTE pela utilização das coberturas deste contrato por seus Segurados, conforme especificado nestas Condições Gerais;

• **Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e devidamente registrado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, escolhido pelo ESTIPULANTE, que promove contratos de Seguros junto à SEGURADORA;

• **Cuidador** é a pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o segurado em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

• **Doença ou Lesão Preexistente** são aquelas que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao seguro saúde;

• **Eletivo** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência, que podem ser realizados em data pré-estabelecida;

• **ESTIPULANTE** é a pessoa jurídica que celebra o contrato e administra o Seguro em favor do grupo a ele vinculado, responsável pelo pagamento à Seguradora dos prêmios mensais;

• **Evento coberto** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa involuntária dano à saúde ou à integridade física do Segurado, em decorrência de acidente ou doença, **desde que tenha se verificado durante a vigência do seguro e não figure como exclusão de cobertura**; o evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do Segurado, com a sua morte, com o término de vigência do contrato e com as demais hipóteses de encerramento da relação contratual (cancelamento, rescisão, resilição, distrato etc);

• **Grupo Familiar** é o conjunto dos dependentes seguráveis e agregados, do Segurado principal, conforme disposto nestas Condições Gerais;

• **Grupo de Inativos** é aquele constituído por Segurados que fazem jus à permanência no seguro, em consequência de exoneração ou demissão sem justa causa ou aposentadoria, conforme disposto nestas Condições Gerais;

• **Grupo Segurado** é, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente aceitas e incluídas no Seguro, cujas coberturas estejam em vigor;

• **Grupo Segurável** é o conjunto de pessoas que apresentam vínculo com o ESTIPULANTE, que possam ser incluídas no seguro;

• **Hospital-dia** é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial;

• **Inativos:** ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

• **Internação Hospitalar** é a hospitalização do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo);

- **Medicação de uso contínuo** entende-se aquela utilizada, cotidianamente ou não, para tratamento de patologias também crônicas, tais como hipertensão, diabetes, artrite reumatóide, patologias neurológicas, degenerativas etc.;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Mesmas condições de cobertura assistencial**: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;
- **Natureza jurídica**: o contrato de seguro, regido pela Lei 9.656/98, é o instrumento jurídico celebrado entre as partes, de natureza consensual, bilateral, aleatório, indenitário e de boa fé, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária;
- **Níveis de reembolso** são os valores máximos estabelecidos nestas Condições Gerais de responsabilidade da SEGURADORA, de acordo com o plano contratado, dentre os colocados à disposição dos Segurados;
- **Novo emprego**: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;
- **Órtese** é o material usado em atos cirúrgicos para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou para melhorar a função de partes móveis do corpo;
- **Patologia ou doença** é o conjunto de alterações físicas e/ou mentais e/ou psíquicas, com repercuções sintomáticas e/ou funcionais, instalado a partir de fatores internos ou externos, inclusive as decorrentes de acidentes;
- **Plano** é o conjunto composto pelo padrão de coberturas, acomodação hospitalar, múltiplo de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal;
- **Prêmio** é a importância paga mensalmente pelo ESTIPULANTE à SEGURADORA, para obtenção das coberturas previstas no contrato;
- **Prestadora Contratada** é a pessoa jurídica, devidamente habilitada, contratada pela Unimed Seguros Saúde para prestação de serviços deste seguro;
- **Procedimento Ambulatorial** é aquele que, embora não necessite internação, precisa de apoio de estrutura hospitalar, por período inferior a 12 horas;
- **Proponente** é o candidato a Segurado, em processo de análise para aceitação no Seguro;
- **Proposta de Contratação** é o instrumento firmado entre a Seguradora e o Estipulante que estabelece as condições variáveis e as particularidades do seguro contratado;
- **Prótese** é o material, empregado em atos cirúrgicos, que substitui definitivamente órgão ou membro, ou parte de órgão, reproduzindo sua forma e/ou função;
- **Protocolos** são os critérios da SEGURADORA para análise de concessão de determinados serviços, englobando solicitação de laudos e exames, bem como a realização de exames periciais, prontuário ou relatório médico completo e outros documentos que julgarem necessários;
- **Rede Referenciada** é aquela indicada pela SEGURADORA, para facilitar o atendimento, sendo o pagamento feito diretamente a esses prestadores, pela própria SEGURADORA, sem desembolso por parte do Segurado, ressalvado, no que couber, o valor da coparticipação;
- **Rede Unimed** é aquela disponibilizada pelas Cooperativas Unimeds, para prestar serviços médicos - hospitalares, sendo o pagamento efetuado diretamente à Cooperativa UNIMED, sem desembolso por parte do Segurado, ressalvado, no que couber, o valor da coparticipação;
- **Risco** é a possibilidade de ocorrência do evento coberto;
- **Rol de Procedimentos** é a lista publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados, oferecidos pelo seguro saúde;
- **Segurado Dependente** é a pessoa vinculada ao Segurado Principal, conforme definido nestas Condições Gerais, efetivamente incluído no seguro;

- **Segurado Principal (Titular)** é o componente do grupo Segurado, efetivamente incluído no seguro e responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta, que mantém vínculo direto com o ESTIPULANTE;
- **Seguradora** é a UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., Companhia legalmente autorizada pelo Governo Federal, registrada na ANS sob o número 00.070-1 e classificada na modalidade Seguradora especializada em Saúde, que assume as coberturas descritas nas Condições Gerais deste Seguro;
- **Seguro Contributário** é aquele para o qual o Segurado contribui, total ou parcialmente, para o pagamento do prêmio. Não se considera contributário, para fins do benefício previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, a participação do Segurado a título de coparticipação;
- **Sinistralidade** é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do período analisado;
- **Sinistro** é a ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições do seguro;
- **Tabela SIMPRO** é uma publicação especializada em divulgar preços atualizados de materiais e medicamentos de abrangência nacional;
- **T.S.** é a **Tabela da UNIMED SEGUROS SAÚDE**, em que estão relacionados os procedimentos e quantidades de unidades para reembolso. Essa tabela se encontra registrada no **3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo** e na **SEGURADORA**, à disposição dos Segurados e do ESTIPULANTE, e será entregue por meio magnético ou outro ao ESTIPULANTE, que se obriga a disponibilizá-la aos Segurados;
- **Vigência** é o período em que estão em vigor as coberturas deste seguro. ou de evento programado com antecedência (eletivo).

XIX. ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Fica estabelecido o foro do domicílio do ESTIPULANTE para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste contrato.