

Zimbra

alexandre.cordeiro@proderj.rj.gov.br

Departamento de Licitações - Pedido de Esclarecimentos ao Edital nº 002/2024 - PRODERJ

De : Daniela Rocha Marzochi <daniela.marzochi@segurosunimed.com.br> ter, 06 de ago. de 2024 18:43
Assunto : Departamento de Licitações - Pedido de Esclarecimentos ao Edital nº 002/2024 - PRODERJ 4 anexos
Para : cdl@proderj.rj.gov.br
Cc : Leticia Dias da Silva <leticia.silva@segurosunimed.com.br>, Juan Carlos Maciel Brito <juan.brito@segurosunimed.com.br>, Nathalia Nunes da Rocha Pina <nathalia.nunes@segurosunimed.com.br>, Gisele Machado Maranhão <gisele.maranhão@segurosunimed.com.br>

Ao

Estado do Rio de Janeiro

CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PRODERJ

Processo nº SEI-430002/000102/2024

Pregão Eletrônico nº 002/2024

A **Unimed Seguros Saúde S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., de forma tempestiva, solicitar **ESCLARECIMENTOS** ao Instrumento Convocatório do presente, conforme anexo.

Gentilmente pedimos que acuse o recebimento deste e-mail.

Atenciosamente,

Daniela Rocha Marzochi
Área Técnica - Unidade de Licitações
(11)3265-9081 / 98607-3099
www.segurosunimed.com.br



- PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS-06-08-2024.pdf**
298 KB
- CONDIÇÕES GERAIS CP - DOC.1.pdf**
1.009 KB
- CONDIÇÕES GERAIS.pdf**
851 KB
- DOC.1 - CAPA DE FATURA (1).pdf**
25 KB

Ao

Estado do Rio de Janeiro

CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PRODERJ

Processo nº SEI-430002/000102/2024

Pregão Eletrônico nº 002/2024

REF.: SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

Objeto: Contratação, por meio de Pregão na forma eletrônica conforme estipulado pela Lei n.º 14.133/2021, para prestação de serviços de assistência médica no âmbito nacional abrangendo a administração e o gerenciamento de serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, emergenciais ou eletivos, laboratoriais, e exames complementares auxiliares, através de uma extensa rede integrada de atendimento, na forma estabelecida neste Edital e seus anexos.

A **Unimed Seguros Saúde S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 366, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-000, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar *ESCLARECIMENTOS* sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme adiante se especifica:

EPÍGRAFE DO EDITAL E ITEM 1.2, PÁGS. 1 E 2, E, ITEM 8.1 DO TERMO DE REFERÊNCIA – VALOR ESTIMADO PARA A CONTRATAÇÃO

PERGUNTA 01: No intuito de preservarmos a isonomia e competitividade ao presente processo licitatório, gentilmente pedimos que ratifique o valor máximo estimado desta presente contratação, vez da divergência presente no Edital do processo. Devemos considerar o valor de R\$ 7.279.740,00, ou R\$ 1.011,0750, ou então o valor de R\$ 3.331.926,00? Favor descrever detalhadamente.

PERGUNTA 02: Ainda quanto ao valor estimado, o valor estabelecido será para 12 ou 24 meses?

PERGUNTA 03: Ratificar nosso entendimento que o Termo de Referência solicita somente um único plano para todas as vidas e que este plano deve ser usado como base para cálculo do orçamento solicitado

PERGUNTA 04: Quanto aos relatórios/faturas serão disponibilizados na área logada do portal da seguradora, onde será disponibilizado login e senha para acesso. O Órgão está ciente e de acordo?

ITEM 16, PÁG. 31 – DA FORMALIZAÇÃO DE CONTRATO

PERGUNTA 05: No intuito de promovermos a máxima celeridade que a contratação requer, favor ratificar o nosso entendimento de que o instrumento contratual poderá ser encaminhado ao e-mail institucional da Contratante, indicado em sua proposta comercial/preços, podendo ainda este ser celebrado por certificados digitais, devidamente aprovados pelo ICP-BRASIL, trazendo toda a legalidade jurídica justa e necessária para os atos serem praticados junto a Administração. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

ITEM 5.7.7, PÁG. 2 DO TERMO DE REFERÊNCIA – ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO

PERGUNTA 06: O Órgão está ciente e de acordo que, a presente contratação é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil, que em suma conduz o mercado de planos privados de saúde, objeto deste processo, e, portanto, o cumprimento de seus serviços e coberturas devem seguir de forma única e exclusiva em conformidade aos procedimentos regidos pela ANS e atualizações da Lei 9.656/98, sendo estas justas e necessárias para tanto, seguindo ainda o preconizado pelas condições de reembolso, ou seja, pela Tabela da Contratada, assim, diante do exposto, as licitantes poderão desconsiderar a utilização das diretrizes da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM para a presente contratação. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

PERGUNTA 07: Dada as divergências do Edital e Termo de Referência, favor ratificar o nosso entendimento de que o objeto do presente processo licitatório é destinado a Operadoras/Seguradoras de planos de saúde, e, vez da vedação de subcontratação de serviços, especificada no item 11.1 do Edital, que em suma veda também a participação de Administradoras de Benefícios.

PERGUNTA 08: Ainda quanto ao termo “subcontratação” utilizado no item 5.18.5 do Termo de Referência, favor especificar qual será a interpretação a ser considerada, vez que os serviços a serem contratados tem por sua natureza e operação no mercado serem executados por rede credenciada.

ITEM 5.12.11, PÁG. 06, TERMO DE REFERÊNCIA – SERVIÇOS/ESPECIALIDADES (HOME CARE)

PERGUNTA 09: O Órgão está ciente e de acordo que, a Operadora/Seguradora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação *in loco* do prestador contratado na nossa rede e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médica, sendo o período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica? Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

PERGUNTA 10: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico desta Seguradora para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

PERGUNTA 11: Além das condições estabelecidas em Edital, poderá ser considerada as CONDIÇÕES GERAIS do produto SAÚDE (**DOC.1**) da empresa vencedora do processo licitatório?

PERGUNTA 12: No intuito de preservarmos a isonomia e ampliarmos a competitividade do presente processo licitatório, pedimos que ratifique o entendimento de que as Licitantes (Operadoras/Seguradoras) poderão apresentar planos com reembolso "livre escolha", onde é possível o beneficiário optar por utilizar os

recursos/médicos da rede credenciada da operadora/seguradora ou então escolher livremente qual o recurso/médico que gostaria de utilizar, podendo solicitar posteriormente o reembolso dos valores pagos previamente ao recurso/médico escolhido, onde serão reembolsados conforme tabela de valores fornecidos pela Operadora/Seguradora ora contratada, não somente as especialidades citadas no item 5 do Termo de Referência, mas também para todo e qualquer procedimento ou consulta, desde que esteja amparada pelas coberturas/previsões do plano contratado. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PERGUNTA 13: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465/21 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PERGUNTA 14: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as remoções serão nos termos da ANS RN 490/22 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PERGUNTA 15: No intuito de promovermos máxima competitividade e isonomia ao processo, solicitamos a gentileza de informar/esclarecer:

- a) Operadora / Seguradora - atual;
- b) Nomenclatura - Planos vigentes;
- c) Valores dos planos - vigentes / Última fatura - mensal;
- d) Data/Mês - Início / Término de Vigência. (contrato de assistência à saúde - prestador atual);
- e) Número de Beneficiários inscritos - Plano de Saúde vigente;
- f) Distribuição das vidas por plano na atual operadora/seguradora
- g) Informações mais detalhadas sobre o custeio (%) do plano de saúde - beneficiários pela PRODERJ.
- h) Entendemos que haverá migração compulsória dos beneficiários (novo contrato). Estamos corretos? Se negativo, favor especificar detalhadamente.
- i) Solicitamos a distribuição dos beneficiários nos planos atuais.
Ex.: xx beneficiários - Plano Enfermaria
xx beneficiários - Plano Apartamento, etc.
- j) Qual é a previsão - início de vigência (contrato proveniente da referida licitação)
- k) A contratação será compulsória (100% FGTS)? Caso não, favor informar detalhadamente.
- l) Detalhar o modelo atual de coparticipação na atual operadora/seguradora?
- m) Distribuição das vidas por localidade (Cidade e UF).
- n) Na massa enviada para cotação existem afastados? Caso sim enviar data de afastamento, CID, sexo e data de nascimento.
- o) Na massa enviada constam casos crônicos, em tratamento, internados e/ou Home Care? Caso sim, enviar CID e relatório médico detalhado e atualizado
- p) Na massa enviada para cotação existem aposentados por invalidez? Caso sim enviar data de afastamento, CID, sexo e data de nascimento.
- q) Na massa enviada constam gestantes? Informar quantidade e período gestacional.
- r) Na massa enviada constam agregados? Caso sim informar enviar sexo, data de nascimento, cidade, UF, grau de parentesco com o titular e se estão no plano atual.

- s) Na massa enviada constam inativos (demitido/aposentado)? Caso sim, informar sexo, data de nascimento, cidade, UF, grau de parentesco com o titular, data fim e se estão em conformidade com a RN 488.
- t) Disponibilizar relatório de sinistralidade atualizado aberto mês a mês (prêmio x sinistro) dos últimos 12 meses com evolução das vidas, esclarecimentos dos picos de sinistralidade/maiores usuários (patologia, valor gasto mês a mês, se permanecem ou não ativos no contrato, em caso de cancelamento e/ou falecimento informar a data do ocorrido), distribuição das vidas por plano na congênera, prêmios atuais e desenho atual de coparticipação.
- u) Detalhar as idades das vidas com 59 anos ou mais.
- v) Todas as vidas comprovam vínculo conforme Art.5º da RN 557?

ITEM 20, PÁG. 15 – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA, PREPOSTO

PERGUNTA 16: Questionamos a necessidade de instalação de Posto de Atendimento, tendo em vista a ampla estrutura digital que a licitante possui para atendimento aos seus segurados (telefone 0800, portal do cliente, APP, e-mails, telefones), bem como, Escritório localizado em Cuiabá (região metropolitana) que possui ampla estrutura administrativa, prepostos e executivo exclusivo e apto para prestar os atendimentos necessários. Podemos entender que o atendimento ao estipulante e aos segurados poderá ser conforme proposto?

ITEM 5.10.18, PÁG. 26, TERMO DE REFERÊNCIA – DESCRENCIAMENTOS E CREDENCIAMENTOS.

PERGUNTA 17: Por envolver questões estratégicas de cada operadora, o órgão está ciente que a operadora deve seguir o estabelecido na RN n. 585/2023 da ANS sobre o descredenciamento e substituição de rede, não fazendo parte da obrigação regulatória informar o motivo do descredenciamento, mas informar previamente a substituição por rede equivalente? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

ITEM 5.12.4., PÁG. 5 DO TERMO DE REFERÊNCIA – SERVIÇOS E ESPECIALIDADES

PERGUNTA 18: Dada a ausência do item 5.11.19 no instrumento convocatório, mencionado na disposição supra (item 5.12.4) do Edital, por gentileza especificar os procedimentos e exames a serem considerados, bem como informe o item correspondente.

ITEM 5.11.2., PÁG. 5 DO TERMO DE REFERÊNCIA – REEMBOLSO

PERGUNTA 19: Dada a ausência do item 5.11.17 no instrumento convocatório, mencionado na disposição supra (item 5.11.2) do Edital, por gentileza especificar o item correspondente.

ITEM 5.12.10, PÁG. 6 DO TERMO DE REFERÊNCIA – SERVIÇOS E ESPECIALIDADES

PERGUNTA 20: Dada a ausência do item 5.13.08 no instrumento convocatório, mencionado na disposição supra (item 5.12.10) do Edital, por gentileza especificar o item correspondente.

PERGUNTA 21: Favor ratificar o nosso entendimento de que a disponibilização de informações e documentos necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados será apenas para fins de diligência, e

apenas quando solicitado pelo pregoeiro, não sendo obrigatória a apresentação por parte da Licitante declarada arrematante/vencedora junto aos documentos de habilitação. Está correto o nosso entendimento? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

PERGUNTA 22: Favor ratificar o nosso entendimento de que os itens 20.10 e 20.11 do Termo de Referência, Obrigações da Contratada, deverão ser desconsiderados, uma vez que estes não se enquadram ao mercado a qual se destina o objeto da presente contratação, Operadoras/Seguradoras. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

ITEM 12, PÁG. 27 – DOS PAGAMENTOS

PERGUNTA 22: Favor ratificar o nosso entendimento de que, para fins de pagamento aos serviços contratados, será aceita a utilização da instituição Banco do Brasil S/A, sendo esta uma instituição bancária amplamente reconhecida e de atendimento a todo território nacional. Caso negativo, especificar detalhadamente.

PERGUNTA 23: Ainda quanto as condições de pagamento, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, pelas quais não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei no 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal.

Por todo o exposto, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto?

A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo (**Doc.1**) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

ITEM 13, PÁG. 29 – PRAZO CONTRATUAL

PERGUNTA 24: Se necessário será possível o cancelamento do contrato por qualquer das partes no primeiro ano de vigência (12 meses)?

ITEM 14.2, PÁG. 29

PERGUNTA 25: Ratificar nosso entendimento de que o reajuste ocorrerá após o interregno de no mínimo um ano, ou seja, no aniversário do contrato a contar da data de vigência/implantação do Órgão.

PERGUNTA 26: Por favor, informar se ao invés do IPCA para o Reajuste Financeiro podemos considerar o VCMH (Variação de Custos Médicos Hospitalares).

Caso tenhamos que seguir com o IPCA, por favor informar se devemos considerar o IPCA acumulado.

Em tempo, visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados no final de cada vigência anual do Contrato, momento em que será aplicado o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade, sendo este último em estrita conformidade com a quantidade de Segurados ativos vinculados ao Contrato, conforme as regras e condições previstas da Seguradora.

REAJUSTE FINANCEIRO

O Reajuste Financeiro (RF) corresponde à variação dos custos dos serviços médicos (VCMH), dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos, que será dado por:

Onde:

p_i = Peso do Item de Despesa de ordem i definidos pela SEGURADORA;

$IndECi$ = Índice econômico acumulado no período de apuração ou índice de reajuste decorrente da alteração de valores contratuais, aplicado ao item de despesa de ordem i ;

Y = impacto decorrente da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos, em atendimento as regulamentações vigentes;

Z = impacto nos custos administrativos e nas despesas não assistenciais.

O Reajuste Financeiro (RF) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita a seguir:

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos do Contrato, alocados na data de pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, dentro do período de apuração;

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração;
sinistralidade informada.

Na 1ª (primeira) avaliação do reajuste por sinistralidade, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês seguinte ao do seu aniversário.

As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. O reajuste será sempre aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

Além dos reajustes previstos, visando o equilíbrio técnico do Contrato, 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.

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;
- c. Ampliação das coberturas do Seguro; ou
- d. Adesão ao benefício de demitidos e aposentados.

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

ITEM 6.6.1, PÁG. 8 – TERMO DE REFERÊNCIA

PERGUNTA 27: Ratificar nosso entendimento que o orçamento disposto o Edital é somente para os colaboradores, ou seja, ocorrendo a entrada de dependentes mesmo que o valor fique acima do orçamento em nada implicará para termos que reduzir o valor de faturamento disputado em lances no dia do pregão.

PERGUNTA 28: Favor informar se o faturamento mensal poderá ser realizado de forma unificada, com os custos de mensalidades e demais despesas decorrentes da utilização do plano direcionados à Administração, sendo o direcionamento da contribuição dos beneficiários ativos, titulares e dependentes, mediante desconto em folha de pagamento, vez que, conforme prática do mercado a qual destina-se o presente processo, onde é responsabilidade da Contratada apenas as cobranças para os beneficiários classificados como inativos. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

PERGUNTA 29: Favor nos informar se haverá coparticipação para a presente contratação.

ITEM 4.6, ANEXO IV – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

PERGUNTA 30: Podemos compreender que os documentos que originaram as comprovações de serviços compatíveis ao objeto do Edital, os Atestados de Capacidade Técnica, serão apenas requisitados quando da hipótese de dúvidas por parte da Comissão e do Pregoeiro quanto a legalidade do documento, portanto, sendo apenas obrigatório quando da necessidade de mitigar das diligências apontadas, quando solicitado. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

ITENS 2.7 E 2.8, ANEXO IV – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

PERGUNTA 31: Favor ratificar o nosso entendimento de que será exigida apenas a regularidade fiscal e trabalhista correspondente a sede ou domicílio da Licitante, em conformidade as premissas da legislação de rege o presente processo licitatório, em especial os arts. 63 e 68 da Lei nº 14.133/2021, portanto, deverá ser desconsiderada a requisição correspondente ao Estado do Rio de Janeiro, quando não for a sede ou domicílio da Empresa a ser declarada como Contratada.

São Paulo, 06 de julho de 2024.

Unimed Seguros Saúde S/A

CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81

Leticia Dias da Silva

Coordenadora

RG nº 347882432 SSP/SP

CPF nº 359.749.048-42

Condições Gerais

SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL

CORPORATIVO CP

SAÚDE



**CONTRATO E CONDIÇÕES GERAIS DE SEGURO
COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTENCIA À SAÚDE**

TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial.

SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Nacional.

ÁREA DE ATUAÇÃO: Nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Coletiva ou Individual, conforme descrição no Anexo do plano.

FORMAÇÃO DE PREÇO: Prestabelecido.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Remissão.

PLANOS: Corporativo Compacto Enf CP – 475.573/16-1, Corporativo Efetivo Apto CP – 475.569/16-3, Corporativo Completo Apto CP II – 477.341/16-1, Corporativo Superior Apto CP – 475.579/16-1, Corporativo Superior Plus Apto CP – 495.128/23-0 e Corporativo Sênior Apto CP – 475582/16-1.

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Qualificação da Seguradora

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, Pessoa Jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81, classificada como **SEGURADORA** Especializada em Saúde, sediada na Alameda Ministro Rocha Azevedo, n.º 366, Cerqueira César, em São Paulo - SP, CEP: 01410-901 e devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº 00.070-1.

Qualificação da Estipulante

Pessoa Jurídica ou empresário individual, comprovadamente regular devidamente identificada (o) e qualificada (o) na Proposta de Contratação do Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o **ESTIPULANTE** e por meio do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro e o responsabiliza pelo pagamento dos prêmios. A Proposta de Contratação do Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

SUMÁRIO

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	12
IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA	27
V- DURAÇÃO DO CONTRATO	29
VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA	29
VII- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	31
VIII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
IX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	36
X- MECANISMOS DE REGULAÇÃO	43
XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	48
XII- REAJUSTE	49
XIII- FAIXAS ETÁRIAS	55
XIV- BÔNUS – DESCONTOS	56
XV- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	56
XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS	59
XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO	60
XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS	64
XIX- ELEIÇÃO DE FORO	75
ANEXO I - CORPORATIVO COMPACTO ENF CP - 475.573/16-1	73
ANEXO II - CORPORATIVO EFETIVO APTO CP - 475.569/16-3	75
ANEXO III - CORPORATIVO COMPLETO APTO CP II - 477.341/16-1	77
ANEXO IV - CORPORATIVO SUPERIOR APTO CP - 475.579/16-1	79
ANEXO V - CORPORATIVO SUPERIOR PLUS APTO CP - 495.128/23-0	82
ANEXO VI - CORPORATIVO SÊNIOR APTO CP - 475.582/16-1	84

CONDIÇÕES GERAIS

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, sendo estes últimos pagos mediante reembolso, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

1.2. NATUREZA DO SEGURO

1.2.1. Este seguro se caracteriza pela contratação 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.

1.2.2. Este contrato também poderá ser firmado por intermédio de Administradora de Benefícios, na figura de ESTIPULANTE, na forma trazida pelo inciso III do artigo 29 da Resolução Normativa ANS nº 557/22, combinado com os termos da Resolução Normativa ANS nº 515/22, sempre respeitando os vínculos de elegibilidade previstos nos normativos vigentes.

1.2.3. A Administradora de Benefícios, quando for ESTIPULANTE, deverá fazer a inclusão das pessoas jurídicas legítimas para a contratação de planos coletivos empresariais, devendo observar a legitimidade da pessoa jurídica participante, conforme o artigo 5º da Resolução Normativa ANS nº 557/22 e suas atualizações, passando estas a figurarem como Subestipulantes da Apólice de Seguro Saúde.

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 Titular, 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 488, de 29 de março de 2022, da ANS e suas atualizações;

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

2.1.2.1. ALTERAÇÃO DE PRODUTOS

2.1.2.1.1. A ESTIPULANTE, ou as pessoas jurídicas elegíveis, quando participantes da Apólice (Subestipulante), vinculadas ao ESTIPULANTE, poderá(ão) solicitar à SEGURADORA a alteração de produto contratado, que ficará condicionada a análise prévia da SEGURADORA, exclusivamente no aniversário do seguro/contrato, sendo passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada e para o padrão de acomodação, quando for o caso.

2.1.2.1.2. A alteração deverá ser realizada apenas para um produto imediatamente superior ou inferior ao contratado pela ESTIPULANTE, ou pelas pessoas jurídicas elegíveis, quando participante da Apólice (Subestipulante), vinculada ao ESTIPULANTE.

2.1.2.1.3. A alteração deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional e 30º (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato.

2.1.2.1.4. A alteração de produto somente ocorrerá quando efetuada pelo Segurado Titular e incluirá todo o grupo familiar do plano anteriormente contratado.

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/SUBESTIPULANTE - empregatício estatutário formal, societário ou que corresponda a qualquer uma das formas de abrangência descritas acima, ou, ainda, a relação de dependência entre o Segurado Titular, seus Dependentes e Agregados, quando inscritos.

2.1.4.1. Além da apresentação da documentação que comprova a legitimidade (inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, existente há, pelo menos, seis meses anteriores à data da contratação) no ato da contratação, o empresário individual deverá fazê-lo, anualmente, sempre na data do aniversário do seguro, sob pena de cancelamento do contrato, nos

termos da legislação e disposição contratual.

2.1.5. PARA GRUPO SEGURÁVEL

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 observado, no que couber, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes destas condições gerais.

2.1.5.1.1 Nas futuras inclusões de segurados, será analisado, no momento da solicitação, o enquadramento do contrato com base no novo número de vidas ativas, sendo que se o contrato possuir menos de 30 vidas ativas, haverá a aplicação dos prazos de carência previsto no item 6.3 destas Condições Gerais.

2.1.5.2. 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 no contrato em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação ao ESTIPULANTE.

2.1.5.3. 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.

2.1.6. SEGURADOS TITULARES

2.1.6.1. Poderão ser aceitos neste Seguro, como Segurados Titulares, os componentes do Grupo Segurável que, ao tempo da assinatura da Proposta de Contratação do Seguro ou da solicitação de inclusão neste Contrato, estejam em atividade na empresa.

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

2.1.7. SEGURADOS DEPENDENTES

2.1.7.1. Poderão ser aceitos como Segurados Dependentes, definidos nos termos da proposta de contratação, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Titular, grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, cônjuges e companheiro (a) conforme negociação entre as partes e mediante aceitação da SEGURADORA.

A SEGURADORA, enquanto vigente o seguro saúde contratado pelo ESTIPULANTE e desde que ativo o vínculo do segurado titular e adimplidos os prêmios, poderá aceitar a permanência como dependentes,

dos seus filhos e enteados solteiros, incapazes, conforme idade definida na Proposta de Contratação do Seguro, desde que comprovada sua incapacidade civil quando do atingimento da idade limite para manutenção no plano, mediante a apresentação pelo segurado titular, cumulativamente, dos seguintes documentos: certidão de nascimento, Termo de Curatela e comprovante de dependência econômica declarada pelo titular do plano no Imposto de Renda.

2.1.7.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Segurado Titular.

2.1.7.3. Para inclusão de Dependentes, nos termos definidos na proposta de contratação, após a data de inclusão do Segurado Titular, 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, Escritura Pública de União Estável, etc.

2.1.7.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Segurado, nos termos definidos na proposta de contratação, 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.

2.1.7.5. 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.

2.1.8. SEGURADOS AGREGADOS

2.1.8.1. Podem ser incluídos como agregados desse seguro, a critério exclusivo da SEGURADORA, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Titular, grupo familiar até o segundo grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade, definidos na Proposta de Contratação do Seguro.

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

- a. O parentesco seja considerado em relação ao Segurado Titular;
- b. O plano para o agregado seja o mesmo do Segurado Titular;
- c. O agregado dependa economicamente do Segurado Titular, o que deverá ser comprovado mediante apresentação de declaração, preenchida e assinada pelo Segurado Titular, atestando a dependência econômica daquele em relação a este com o de acordo do ESTIPULANTE, conforme modelo fornecido pela SEGURADORA;

2.1.8.1.2. Os agregados, quando previstos, terão acesso apenas à assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento.

2.1.8.1.3. Os dependentes solteiros que completarem a idade máxima prevista na Proposta de

Contratação do Seguro, poderão ser mantidos na apólice na condição de agregado, desde que solicitado e/ou autorizado pelo ESTIPULANTE e aceito pela SEGURADORA.

2.1.8.2. Após o início de vigência do contrato 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.

2.1.9. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.1.9.1. As inclusões posteriores obedecerão aos seguintes critérios:

a) O início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela SEGURADORA, do pedido de inclusão por meio de Cartão Proposta, 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.

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

2.1.9.3. 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.

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

2.1.10. EXCLUSÕES DE SEGURADOS

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

- a) se Segurado Titular foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Segurado Titular ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Nº 488, da ANS e suas atualizações;
- c) se o Segurado Titular contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- d) por quanto tempo o Segurado Titular contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Segurado Titular ou se recusou a manter esta condição.

2.1.10.2. Na hipótese de descumprimento do item 2.1.10.1., ou seja, sempre que a solicitação de exclusão

do Segurado Titular não vier acompanhada das informações suscitadas no item anterior, a SEGURADORA não acatará a solicitação da ESTIPULANTE até a regularização das informações, sem prejuízo da cobrança das contraprestações pecuniárias mensais.

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

- a) Documento assinado pelo Segurado ou que comprove inequivocamente que houve a comunicação para o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa sobre a opção por exercer o direito na manutenção como beneficiário no plano privado de assistência à saúde ou se optou por não se manter nesta condição;
- 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) Documento com a ciência do segurado titular acerca das consequências do cancelamento ou exclusão do contrato, em atendimento ao artigo 15 da RN 561/22 e suas atualizações;
- h) Outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da SEGURADORA, quando a solicitação for de iniciativa do segurado titular.

2.1.10.4. A exclusão do Segurado Titular só será aceita pela SEGURADORA mediante o envio das informações e documentos citados nos subitens 2.1.10.1. e 2.1.10.3. acima.

2.1.10.5. 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 ressarcimento 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 488, da ANS e suas atualizações.
- c) responsabilizar-se-á, também a ESTIPULANTE por eventuais faturamentos pró-rata originados em razão do descumprimento do prazo previsto no item 2.1.10.1. e em decorrência de pedido de exclusão realizado pelo beneficiário individual direcionado diretamente à SEGURADORA;

2.1.10.6. Para dar cumprimento ao quanto disposto nos subitens 2.1.10.1. e 2.1.10.3. o ESTIPULANTE

deverá observar os prazos e condições de movimentação a serem cumpridos, na forma estabelecida neste instrumento.

2.1.10.7. Quando a solicitação de exclusão do Seguro Saúde ocorrer a pedido do Segurado Titular cessa a garantia das coberturas previstas no contrato e a exclusão do Seguro Saúde tem efeito imediato a partir da data e hora da solicitação apresentada à SEGURADORA. Eventos ocorridos após a solicitação da exclusão não terão cobertura, de modo que, eventuais despesas de utilização ocorrerão às expensas do Segurado titular.

2.1.10.7.1. A solicitação de exclusão poderá ser requerida pelo Segurado Titular diretamente para a SEGURADORA, presencialmente nos escritórios regionais ou em sua sede, por meio dos seus canais de atendimento telefônico ou eletronicamente através de seu portal na internet, conforme informações divulgadas no site www.segurosunimed.com.br, mediante apresentação de documento que comprove que o Segurado Titular veio a solicitar a exclusão para a ESTIPULANTE a no mínimo 30 (trinta) dias anteriores a solicitação formulada diretamente para a SEGURADORA.

2.1.10.8. A SEGURADORA efetuará o acerto do prêmio mensal do Seguro Saúde a débito ou a crédito proporcional ao número de dias de cobertura assistencial transcorridos no mês de competência da solicitação da exclusão do Seguro Saúde.

2.2. IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS

2.2.1. Estando aceitos e incluídos os Segurados, a SEGURADORA disponibilizará 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.

2.2.2. A SEGURADORA disponibilizará ao Segurado Titular os manuais informativos referentes às coberturas garantidas neste Seguro, conforme plano contratado e nos termos do item 18.1.1, alínea “B”.

2.2.3. 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 cumulativamente relacionadas às doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, listadas no do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes de utilização, quando houver, e desde que 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. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e regulamentadas dentro da cobertura prevista pelo Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde.

3.1.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

3.1.1.3. Cobertura de consultas pré natal e puerpério com enfermeiro obstétrico e obstetrix até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.

3.1.1.3.1. Cobertura de consultas com nutricionista até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, por ano de contrato, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.

3.1.1.3.2. Cobertura de consultas e sessões, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, com psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.

3.1.1.3.3. Cobertura de consultas e sessões obrigatórias com psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, para o tratamento do beneficiário diagnosticado como sendo portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos globais do desenvolvimento.

3.1.1.4. Cobertura de sessões de psicoterapia, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, as quais poderão ser realizados tanto por médico como por psicólogo devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

3.1.1.5. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano de contrato, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

3.1.1.6. cobertura das ações de planejamento familiar conforme critérios, estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

3.1.1.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

3.1.1.8. 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, ultra-sonografia, 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, demais exames do Rol.

c. Ambulatoriais especiais:

Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (diálise peritonial contínua ambulatorial), quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia, acupuntura, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, outros procedimentos previstos no Rol.

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

a. internações clínicas;

b. internações cirúrgicas;

c. internações obstétricas;

d. transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, 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 ressarcimento ao SUS.

Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

e. aquisição e implantação de órteses e próteses, ligadas ao ato cirúrgico (intraoperatório);

f. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

g. internações psiquiátricas;

h. remoção inter-hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste contrato, de acordo com a legislação vigente, em especial pelo disposto na Resolução Normativa nº 490, de 29 de março de 2022 e suas eventuais alterações subsequentes;

i. atendimento de urgência e emergência, de acordo com as normas especificadas na cláusula VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

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;

k.1. O imperativo clínico citado na alínea 'k' acima caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do paciente.

k.2. 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.

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

l.1. hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (diálise peritonial contínua ambulatorial);

l.2. quimioterapia oncológica ambulatorial, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

l.3. Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

l.4. procedimentos radioterápicos;

l.5. hemoterapia;

l.6. nutrição enteral ou parenteral;

l.7. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

l.8. radiologia intervencionista;

l.9. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l.10. procedimentos de reeducação e reabilitação física, com limite para aplicação de coparticipação previsto nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação do Seguro.

l.11. acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

I.12. oxigenoterapia hiperbárica, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde.

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 acomodação indicada no Anexo do plano contratado, respeitando a disponibilidade do hospital, pelo período de duração da internação podendo ser prorrogável mediante justificativa do médico assistente;

a.1. As acomodações em enfermaria compreendem quarto coletivo.

a.2. As acomodações em apartamento compreendem quarto individual, com banheiro privativo.

b. serviços complementares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença ou da lesão acidental;

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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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 nos anexos dos produtos integrantes a nestas Condições Gerais;

k. no regime de internação, também estará coberta a remoção 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 outros meios, 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 Titular, por intermédio do ESTIPULANTE, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Titular, conforme os termos nestas 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 auto infligidas;
- 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 Contrato, conforme Rol de eventos e Procedimentos em Saúde vigente;
- 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;
- g. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico, quando cumpridos os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização do Rol vigente.

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. 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.
- b. Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva.

3.1.5. 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/diretrizes de utilização previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

3.1.6. 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.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

3.1.7. Atenção Domiciliar:

3.1.7.1. 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.

3.1.7.2. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

3.1.7.2.1. 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.

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

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

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

3.1.7.3. SERVIÇOS OFERECIDOS

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

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

3.1.7.3.3. 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.

3.1.7.4. MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA

3.1.7.4.1. 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.

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

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

3.1.7.4.4. 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.

3.1.7.5. EQUIPAMENTOS

3.1.7.5.1. 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.

3.1.7.6. CONDIÇÕES DE ALTA

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

3.1.7.7. OUTRAS DISPOSIÇÕES

3.1.7.7.1. 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.

3.1.7.7.2. 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.

3.1.7.7.3. 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.

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

3.1.8. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

a. Informação específica sobre os serviços e coberturas adicionais, estarão descritas nos anexos, de acordo com o produto contratado e, estarão dispostas, quando previstas, na documentação de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável destas Condições Gerais.

3.1.8.1. REMISSÃO

3.1.8.1.1. Favorecido(s): Segurados dependentes (exclusivamente cônjuge e filhos do Segurado Titular). Os Inativos e Agregados não têm direito a este Benefício.

3.1.8.1.2. Este benefício tem por objeto garantir aos dependentes Segurados, no caso de falecimento do Segurado Titular, 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. Em caso de cancelamento do contrato principal será assegurado aos Segurados cadastrados a permanência da cobertura até o final do prazo estabelecido nos anexos destas Condições Gerais.
- b. Os Segurados, Titular e Dependentes, que tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Titular, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte acidental;
- c. O Segurado Titular 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.

3.1.8.1.3. Caso o Segurado e seus Dependentes tenham sido transferidos para plano superior, para o qual não tenha sido cumprido o período de permanência previsto no item 3.1.8.2.2 alínea “b”, o pagamento das mensalidades do plano para o qual tenha sido cumprido o referido período de permanência, será considerado desde o início de vigência até a data do óbito.

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

3.1.8.1.5. 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 REMISSÃO, não havendo 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.

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

3.1.8.1.7. 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 Titular (casamento, adoção, etc.) e a inclusão neste benefício também tenha ocorrido dentro das condições ora previstas.

3.1.8.2.8. Os benefícios previstos neste Seguro ficam condicionados efetivação da solicitação do benefício à SEGURADORA no prazo de 30 (trinta) dias contados do óbito do Segurado Titular e a apresentação dos seguintes documentos:

a. Cobertura: Morte Natural

- Aviso de Sinistro, acesse o link: <https://www.segurosunimed.com.br/formulario-sinistro-vida>;
- Cópia Autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia do R.G, CPF ou da CNH e também do Comprovante de residência atualizado do(a) Segurado(a) Titular;
- Comprovação de vacinação completa, conforme cronograma estabelecido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (quando a causa mortis estiver relacionada com COVID-19);
- Cópia da Carteirinha do Plano de Saúde do(a) Segurado(a) Titular e/ou último comprovante de pagamento.

b. Cobertura: Morte Acidental:

- Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo do I.M.L.;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente automobilístico no qual

o segurado(a) titular tenha sido o condutor), caso realizado;

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente automobilístico no qual o segurado(a) titular tenha sido o condutor);
- Laudo de Perícia Técnica, se realizado;

3.1.8.1.9. A SEGURADORA poderá solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários à elucidação do evento.

3.1.8.1.10. O direito ao REMISSÃO 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.

3.1.8.1.11. Para efeito deste benefício, o novo Segurado Titular do seguro será designado conforme critério:

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

3.1.8.1.12. O novo Segurado Titular 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.

3.1.8.1.13. Estão EXCLUÍDOS da cobertura do benefício REMISSÃO 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;

d.1. 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.

3.2. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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 de

Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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.

g.1. 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, bem como, os medicamentos e materiais utilizados para realização de hemodiálises, hemofiltração e hemodiafiltração, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores e cestas estabelecidos na Tabela de Reembolso da Seguros Unimed.

i.1. Nas eventuais omissões da Tabela SIMPRO ou da Tabela 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 e na Proposta de Contratação do Seguro.

a.1. A prestação dos serviços de assistência à saúde poderá se dar também por intermediação das Cooperativas Unimeds, que disponibilizam sua rede e havendo cobertura as despesas terão pagamento efetuado pela SEGURADORA diretamente à Cooperativa Unimed, sem desembolso por parte do Segurado ou apresentação de identificação complementar, sendo exigência para o atendimento a apresentação do Cartão de identificação da SEGURADORA.

b. O acesso à rede referenciada estará disponível a partir da data de contratação do Seguro, respeitando os prazos de carência e coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais. Como condição de atendimento, se faz necessária a apresentação do Cartão de Identificação da Seguradora dentro do prazo de validade.

b.1. Os cartões de identificação, serão disponibilizados em um prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de inclusão no Seguro, caso o Segurado busque atendimento antes da disponibilização do cartão de identificação, ele deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas) para realizar as providências de autorização.

c. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos nos itens 10.3., 10.4., 10.5. e 10.6., dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da SEGURADORA.

d. 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.

e. 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.

f. A substituição da Rede Referenciada hospitalar ocorrerá, respeitando-se os critérios e as condições estabelecidas na legislação vigente.

g. A Seguradora, disponibilizará ao segurado o acesso ao Guia Médico Digital, no qual constará a relação de recursos da rede credenciada diretamente pela SEGURADORA, bem como por intermediação das Cooperativas Unimed, de acordo com o plano contratado, via web por meio do portal da Seguradora.

h. O Segurado poderá consultar a rede referenciada atualizada do seu produto/plano no site www.segurosunimed.com.br/guia-medico, pelos telefones (24 horas por dia): '0800 016 66 33' (Atendimento Nacional) ou '0800 770 36 11' (Atendimento ao Deficiente Auditivo) ou por meio de aplicativo móvel.

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 que autorização ou negativa de procedimentos ocorrerão dentro dos prazos estabelecidos na legislação vigente.

i.1. Em relação aos pedidos médicos para transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente 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, consulta domiciliar, terapias e quaisquer outros procedimentos realizados em regime domiciliar, ainda que realizados em caráter de urgência ou emergência.
- 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, produtos 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, fertilização *in vitro* ou qualquer outra forma de reprodução assistida, 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 pessoas idosas; 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 pessoas idosas e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

s. Check-up, exceto para os planos que possuem a cobertura de Check-up prevista no Anexo do plano contratado;

t. laserterapia para tratamento de varizes; medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

u. Transplantes, excetuando-se aqueles previstos nestas Condições Gerais;

v. Sonoterapia;

w. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; que visem 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;

x. Outras terapias;

y. Vacinas, exceto para os planos que possuem essa cobertura estabelecida no Anexo do plano contratado;

- z. Saúde Ocupacional, de acordo com as normas da ANS;
- a.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com espuma e técnica à laser.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A duração do contrato e a data de início de vigência deste Seguro Saúde, estão previstas na Proposta de Contratação do Seguro, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente contrato.

5.1.1. Decorrida a vigência inicial, este Seguro será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, 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 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 do contrato ou da sua vinculação ao ESTIPULANTE.

6.2.1. 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.).

6.3. As carências previstas para o grupo inicial, conforme número de componentes do grupo segurado, contada a partir do início de vigência individual de cada Seguro estão descritas na tabela a seguir:

PROCEDIMENTO	Igual ou Superior a 30 (trinta) vidas PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	Isento
Consulta Médica	Isento
Exames Básicos	Isento
Terapias	Isento
Exames Especiais	Isento
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	Isento
Internações Clínicas	Isento
Internações Psiquiátricas	Isento
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	Isento
Internações Cirúrgicas	Isento
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto a termo	Isento
Parto a termo	Isento
Transplantes	Isento
Assistência Domiciliar	Isento

6.4. Para inclusão dos Segurados inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação inicial ao ESTIPULANTE, serão aplicados os prazos de carências, contados a partir do início de vigência do Seguro individual da tabela a seguir:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas
Consulta Médica	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Terapias	180 dias
Exames Especiais	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 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 a Termo	300 dias
Transplantes	180 dias
Assistência Domiciliar	180 dias

6.4.1. Para a inclusão dos Segurados inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias faz-se necessário o preenchimento do cartão proposta.

6.5. Nos casos de transferência para um Plano com níveis de reembolso superiores aos do Plano inicialmente contratado, não haverá aplicação de carência desde que a alteração seja solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional ou 30º (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato.

6.5.1. Nos casos de transferência fora dos prazos previstos acima, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados, para as diferenças de níveis de reembolso e coberturas mais amplas, os prazos de carência de estabelecidos no item 6.4.

6.5.2. Os eventos ocorridos no período de cumprimento das novas carências em face de transferência para plano superior serão reembolsados nos limites contratuais do plano anterior.

6.6. 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 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.

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.

7.2.1. 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.

7.2.2. 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.

7.3. 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 observado, no que couber, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes destas Condições Gerais.

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. O proponente deverá apresentar laudos, exames e/ou informações médicas complementares as doenças e/ou lesões indicadas na declaração pessoal de saúde e atividade, quando existentes, no momento do preenchimento do Cartão Proposta, o que deverá fazê-lo no prazo de até 05 (cinco) dias

corridos, contado da data de solicitação, ficando a aceitação do segurado condicionada à apresentação destes documentos e, quando for o caso, mediante aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7.7. 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. solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.

7.8. 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.

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 o Segurado 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 do Segurado 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 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.

8.7. 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. Neste caso, a SEGURADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.9. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, o valor do reembolso não poderá ser inferior aos preços dos serviços médicos e hospitalares praticados junto a Rede Referenciada.

8.9.1. A documentação necessária para o reembolso do item 8.9, deverá ser apresentada no prazo máximo de 1 (um) ano do evento ocorrido, e o seu pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da documentação descrita no item 9.5.1.2 e seus subitens, observando 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA, 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, estando caracterizada a cobertura, a Seguradora efetuará o devido reembolso ao segurado no prazo de até 30 (dias), contados da data do recebimento da documentação completa na Seguradora ou por meio eletrônico, sob protocolo.

9.1.1. A tabela acima citada também está à disposição para consulta do Estipulante e Segurados no endereço da sede da SEGURADORA e em Portal da Seguradora (www.segurosunimed.com.br) em área logada. Para os casos de esclarecimento de reembolso o segurado também poderá consultar a Central de Relacionamento, por meio dos canais indicados nestas condições gerais.

9.2. Em qualquer evento coberto por este Seguro é preservada ao Segurado a LIVRE ESCOLHA dos serviços médicos e hospitalares, observadas as regras de cobrança de coparticipação e desde que respeitados os critérios e condições previstas nestas Condições Gerais, Proposta de Contratação do Seguro e na legislação vigente.

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 do Seguro.

9.4. Para os procedimentos de alto custo e/ou com limites contratuais, além daqueles previstos na subcláusula 10.3., ao utilizar-se da livre escolha, o segurado deverá solicitar autorização prévia para confirmação da cobertura e eventual direito ao reembolso e seus limites por meio da central de relacionamento da SEGURADORA, como medida de controle operacional, não havendo qualquer interferência na liberdade da escolha do prestador e/ou impedimento no seguimento da realização do procedimento.

9.5. Respeitadas as condições do contrato, o reembolso cabível dependerá da apresentação dos documentos originais a seguir (exceto prontuário médico) e enviado de forma eletrônica.

9.5.1. A SEGURADORA efetuará a posse e guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente suas vias originais, no prazo estabelecido na legislação vigente.

9.5.1.1. Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento realizado, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos, conforme estabelecido pela legislação vigente.

9.5.1.2. Poderá, ainda, ser solicitado pela SEGURADORA a qualquer tempo, o envio dos documentos originais, em até 30 (trinta) dias úteis, contados da data da solicitação da SEGURADORA, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída.

- 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 e/ou nota fiscal, deverão constar, ainda, os dados do Médico (nome, CPF, CRM, número do CNES, especialidade, assinatura e endereço completo e carimbo do profissional) que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços. Será necessário o envio de relatório médico com a indicação clínica para os seguintes casos: excessos de consultas/alta periodicidade com o mesmo profissional e consulta com mais de um participante do plano com o mesmo profissional.

- 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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem) e codificação TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) . Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal

comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

- Terapias Especiais sendo elas: Fisioterapia, Acupuntura, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição entre outras que possam ser agregadas ao Rol ANS, realizadas em sessões – A cada 03 (três) meses, 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 quitada que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. Do recibo e/ou nota fiscal deverão constar os dados do Prestador: Nome, número do CNES, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo, assinatura e carimbo profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho. Em alguns casos será necessário o envio de laudos de exames que comprovem a patologia e ficha de atendimento contendo as datas dos atendimentos, assinatura do segurado e do profissional executante. Para os Recibos emitidos por pessoa jurídica, deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços. Obrigatório apresentar os certificados dos cursos de acordo com os protocolos/abordagem utilizados pelo profissional, por exemplo: Aplicador ABA, VB-MAPP, TEACH, PECS entre outros.

- Despesas Hospitalares/Ambulatoriais:

- a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas hospitalares e descritivo cirúrgico caso houver;

- b. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anátomo(s) patológico(s) ou polissonografia(s);

- c. Recibos ou Nota Fiscal quitada dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares), acompanhado do descritivo cirúrgico, cujo reembolso

será efetivado considerando o(s) procedimento(s) efetivamente constante(s) do descritivo cirúrgico. Assinatura e carimbo profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho e número do CNES. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal.

d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

9.5.1.3. Para a solicitação do reembolso de forma eletrônica, será necessário o cadastro de biometria facial para fins de reconhecimento e elegibilidade do Segurado, mediante cadastramento em aplicativo próprio da SEGURADORA.

9.5.2. 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, número do CNES, função exercida no evento e assinatura). Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CRM, número do CNES, função e valor cobrado para cada profissional). Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.3. Da Nota Fiscal hospitalar deverá constar: nome do Segurado, período da internação, descritivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos, além das datas de atendimento. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá

ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.4. 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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo do aparelho /item cobrado. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.5. 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 quitada contendo: nome do paciente, data do atendimento, número do CNES, 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). Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.6. Estando caracterizada a cobertura, bem como a documentação acima relacionada, ou ainda se necessário, para elucidação e devida classificação de acordo com a Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA, deverá ser encaminhado relatório médico com indicação da

patologia; tratamento proposto; indicação e diagnóstico; descritivo cirúrgico referente ao procedimento realizado; laudos e resultados de exames quando houver e/ou prontuário médico. A SEGURADORA, após o recebimento da documentação complementar, efetuará o devido reembolso ao Segurado, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na SEGURADORA, sob protocolo.

9.7. Para os serviços e procedimentos que contenham DUT - Diretriz de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, a SEGURADORA somente efetuará o reembolso mediante a comprovação do cumprimento da Diretriz de Utilização – DUT, através de laudo(s) ou atestado(s) médico(s) ou outro(s) documento(s) equivalente(es), emitido(s) pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento.

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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA. Em nenhuma hipótese, o reembolso será superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado ao profissional ou instituição médica e nem inferior ao praticado pela SEGURADORA diretamente na rede referenciada.

9.9. O reembolso das despesas cobertas por este Seguro será efetuado diretamente em conta corrente do Segurado Titular ou dependente atendido, ou ainda ao seu procurador legalmente constituído, através de procuração em que constem poderes específicos para receber e dar quitação. Nos casos de Segurados menores de 18 anos de idade, indicados como favorecidos em recibos e/ou notas fiscais, o pagamento ocorrerá em conta corrente do responsável legal.

9.10. 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 recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

9.11. 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 influenciado 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;

9.11.1. Os casos de solicitações de reembolso ou prévia em que haja, por parte da seguradora, discordância técnico-assistencial com relação à indicação dos procedimentos/terapias e/ou solicitação dos materiais frente ao quadro clínico do segurado, poderá ser instaurada Junta Médica a fim de dirimir a divergência.

9.11.2. A divisão de recibos (fracionamento de valor), solicitação de reembolso de procedimentos não realizados, emissão de recibo de procedimentos divergente do que foi efetivamente realizado, constitui crime e fraude previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro e desobriga a Seguradora de realizar o reembolso desse valor.

9.11.3. As solicitações de reembolso com comprovação através de ligação, WhatsApp e demais que não foram solicitadas pelo Segurado, serão recusadas e será solicitado o reset do seu login e senha do segurado, visto que o compartilhamento de login e senha com terceiros não é de responsabilidade da SEGURADORA.

9.12. 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).

9.13. Ao optar por realizar atendimentos com profissional de sua livre escolha, a SEGURADORA, não se responsabilizará pela qualidade dos serviços prestados por estes.

9.14. Não será garantido o reembolso de quaisquer despesas médico-hospitalares realizada pelo Segurado em prestadores integrantes da Rede Referenciada da SEGURADORA, observados os serviços que os prestadores credenciados estarão habilitados a executar de acordo com o contrato mantido entre o

prestador e a SEGURADORA.

9.15. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS

9.15.1. O valor referencial para reembolso das despesas médico-hospitalares, é 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA.

9.15.2. O valor, em moeda corrente no país, do CMS (Coeficiente Médico da SEGURADORA), estipulado contratualmente e aplicado à Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA está previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

9.15.2.1. O reajuste da referida moeda de reembolso – CMS (Coeficiente Médico da SEGURADORA) se dará da seguinte forma:

- a. Será aplicado reajuste de 50 % (cinquenta por cento) do índice FIPE-Saúde, acumulado nos últimos 12 meses, considerando data base fevereiro, que valerá por 1 (um) ano.
- b. Caso seja de interesse, o reajuste da moeda pode ainda, ser estabelecido por livre negociação entre as partes.

9.16. MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

9.16.1. 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 do Seguro.

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 do Seguro.

10.2. O cartão de identificação do segurado será disponibilizado no prazo de 30 (trinta) dias da data da

sua inclusão no Seguro. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da SEGURADORA. Os eventos cobertos poderão ser realizados, também, mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.

10.2.1. Ficará à disposição do Segurado, a imagem da carteirinha virtual no aplicativo móvel e portal da SEGURADORA, podendo esta substituir a apresentação da carteirinha física.

10.3. A realização dos procedimentos terapêuticos e médico-hospitalares, descritos a seguir, dependerá, obrigatoriamente, de solicitação do Médico Assistente e 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; videolaringoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletroterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, hemoterapia ambulatorial; consultas / sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, psicoterapia, psicopedagogia, psicomotricidade, integração sensorial, avaliação neuropsicológica, terapia ocupacional, musicoterapia, aromaterapia, arteterapia, massoterapia, terapias de florais, cromoterapia e reflexoterapia; consultas por nutricionista, avaliação nutrológica e de nutrição parenteral ou enteral por médico nutrologista, incluindo ainda todas as terapias especiais multidisciplinares com as suas metodologias (Aba, Bobath, Teacch, Denver, Peccs e Cuevas), que envolvem o tratamento dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) e outros Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) previstos no CID. 10 - F 84, 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 e conforme prazos estabelecidos em legislação vigente.

10.5.1. Para autorização de qualquer terapia, o segurado deverá encaminhar à SEGURADORA, o pedido médico com a indicação do médico assistente juntamente com relatório do profissional/terapeuta contendo a descrição do plano terapêutico. A cada 03 (três) meses, caso seja necessário a continuidade do tratamento, será necessário o envio pedido médico atualizado, juntamente com o relatório da evolução do quadro clínico, para avaliação da SEGURADORA.

10.5.1.1. A quantidade das sessões e/ou terapias continuadas deverão ser solicitadas de forma periódica, ou seja, o prestador deverá solicitar a autorização das sessões que serão realizadas mensalmente, devendo repetir as solicitações de forma mensal até o final do tratamento ou, no caso de sessões com limite de cobertura, que se esgotem as sessões previstas contratualmente.

10.5.1.1.1. A SEGURADORA reserva-se o direito de solicitar informações complementares ao Médico Assistente, sempre que julgar necessário.

10.5.2. Conforme informado no item 3.3. REDE REFERENCIADA subitem i., as solicitações, previamente indicadas pelos médicos assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamento da SEGURADORA, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, conforme prazos estabelecidos na legislação vigente, contado da data do recebimento da solicitação.

10.5.3. As demais solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamento da SEGURADORA, sendo que serão emitidas as autorizações em tempo hábil, de acordo com o previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/22 e suas atualizações.

10.6. Em relação aos pedidos médicos para transplante previsto no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será de acordo com os prazos da legislação vigente, contados a partir do momento da recepção da solicitação, a

qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

10.7. 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.

10.7.1. A SEGURADORA poderá indicar ao Segurado prestador não pertencente à Rede Referenciada para o atendimento quando não houver recurso credenciado disponível, conforme o procedimento ou especialidade, por meio de acordo eventual sendo que nessas situações as despesas serão pagas pela SEGURADORA diretamente ao prestador, sem desembolso para o Segurado.

10.7.1.1. Na hipótese de a SEGURADORA possuir/constituir Rede Referenciada para o procedimento ou especialidade demandada, a SEGURADORA promoverá a indicação do recurso credenciado ao Segurado para a utilização dos serviços referenciados, nos termos do item 10.1, ficando facultado ao Segurado, após a indicação da SEGURADORA, valer-se da regra do item 10.7 (acesso a livre escolha de prestadores), com pagamento de reembolso nos limites do contrato, caso deseje a manutenção do atendimento no recurso mencionado no item 10.7.1.

10.8. 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.

10.9. Conforme previsto nos subitens “e.” e “f.” do item 3.3. REDE REFERENCIADA, a substituição da Rede Referenciada hospitalar ocorrerá, mediante comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitadas as condições estabelecidas na legislação vigente.

10.10. Conforme previsto nos subitens “g.” e “h.” do item 3.3. REDE REFERENCIADA, a Seguradora, disponibilizará ao segurado o acesso ao Guia Médico, no qual constará a relação de recursos da rede credenciada diretamente pela SEGURADORA, bem como por intermediação das Cooperativas Unimed, de acordo com o plano contratado.

10.11. O Segurado poderá consultar a rede referenciada disponível para seu produto/plano por meio do site www.segurosunimed.com.br/guia-medico, pelos telefones (24 horas por dia): ‘0800 016 66 33’ (Atendimento Nacional) ou ‘0800 770 36 11’ (Atendimento ao Deficiente Auditivo) ou por meio de

aplicativo móvel, conforme previsto no item 3.3. REDE REFERENCIADA subitem “h.”.

10.12. COPARTICIPAÇÃO

10.12.1. Este Seguro será contratado com coparticipação, conforme estabelecido na Proposta de Contratação do Seguro.

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

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

10.12.4. O valor/percentual da coparticipação definido na Proposta de Contratação do Seguro não caracterizará financiamento integral do procedimento por parte do Segurado, ou fator restritor severo do acesso aos serviços.

10.12.5. Fica assegurado que a coparticipação para Consultas Eletivas, Atendimento de Pronto Socorro, Exames Básicos, Exames Especiais, Ambulatoriais Especiais e Terapias não ultrapassará 30% (trinta por cento) do custo do procedimento.

10.12.6. Fica assegurado que a coparticipação para Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas, não ultrapassaram os valores fixos em reais estabelecidos na Proposta de Contratação do Seguro, respeitando as condições do plano contratado.

10.12.7. Haverá coparticipação na internação psiquiátrica de 30% (trinta por cento) quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, respeitando as condições do plano contratado.

10.13. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

10.13.1. 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.

10.13.2. Não havendo consenso na escolha do desempatador, a junta médica será instituída conforme critérios estabelecidos na legislação vigente.

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

pela SEGURADORA.

10.13.4. A junta médica seguirá, além do disposto neste contrato, a legislação em vigor, no momento de sua constituição.

10.14. Para os procedimentos previstos na subcláusula 10.3, ao utilizar-se da livre escolha de prestadores nos termos da Cláusula IX deste contrato, o segurado deverá solicitar autorização prévia para confirmação da cobertura por meio da central de relacionamento da SEGURADORA, como medida de controle, não havendo qualquer interferência na liberdade da escolha do prestador e/ou impedimento no seguimento da realização do procedimento.

10.14.1. Ainda sobre a utilização da livre escolha de prestadores, para se utilizar deste mecanismo, se faz necessário o cadastro de biometria facial em aplicativo da SEGURADORA, visando o envio de documentações para o efetivo registro da solicitação de reembolso.

XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

11.1.1. Entende-se por preestabelecido, 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, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

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 suspensão das coberturas contratuais, conforme previsto nestas Condições Gerais.

11.3.6.1. O não pagamento na data aprazada, configurará pendência financeira em nome do ESTIPULANTE, cuja não regularização no prazo de 30 dias, poderá acarretar em adoção de medidas para a recuperação do crédito, tais como a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito e/ou a interposição de medida judicial.

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, que 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 à 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.

11.3.12. Caberá, também ao ESTIPULANTE o pagamento de diferenças decorrentes de faturamento de eventuais cobranças pró-rata originadas em razão do descumprimento do prazo previsto no item 2.1.10.1. e em decorrência de pedido de exclusão realizado pelo beneficiário individual direcionado diretamente à SEGURADORA, conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº. 561/22 e suas atualizações.

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 do Contrato, momento em que será aplicado o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens seguintes) e o Reajuste por Sinistralidade, sendo este último em estrita conformidade com a quantidade de Segurados ativos vinculados ao Contrato e que será baseado no disposto no item 12.3.1. (e subitens seguintes), item 12.3.2. (e subitens seguintes) ou item 12.3.3. (e subitens seguintes), além do previsto na Proposta de Contratação do Seguro, ressalvado, ainda, o disposto no item 12.4., todos desta Cláusula XII.

12.2. REAJUSTE FINANCEIRO – APLICÁVEL A TODOS OS CONTRATOS

12.2.1. O Reajuste Financeiro (RF) 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:

$$RF = \sum_{i=1}^w p_i \cdot IndcEC_i + Y + Z$$

Onde:

p_i = Peso do Item de Despesa de ordem i definidos pela SEGURADORA;

$IndcEC_i$ = Índice econômico acumulado no período de apuração ou índice de reajuste decorrente da alteração de valores contratuais, aplicado ao item de despesa de ordem i ;

Y = impacto decorrente da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos, em atendimento as regulamentações vigentes;

Z = impacto nos custos administrativos e nas despesas não assistenciais.

12.2.2. O Reajuste Financeiro (RF) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

12.3.1. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos – Contrato agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.1.1. De acordo com as normas vigentes do setor de saúde suplementar é obrigatório a formação do chamado “Agrupamento de Contratos Coletivos”, para os Contratos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados) para o cálculo do percentual de Reajuste Único – PRU (item 12.3.1.9.), o qual tem por finalidade promover a distribuição do risco entre os Contratos Coletivos que compõem o referido Agrupamento.

12.3.1.1.1. Caso a quantidade de Segurados ativos do contrato supere a quantidade de 29 (vinte e nove),

este Contrato ficará desagregado do Agrupamento de Contratos Coletivos e, por conseguinte, será aplicado o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade, conforme as regras previstas para os Contratos com mais de 30 (trinta) Segurados ativos (item 12.3.2. ou item 12.3.3.).

12.3.1.2. Os Contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) Segurados ativos serão todos Agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano contratado e será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

12.3.1.3. A primeira apuração de quantidade de Segurados ativos do Contrato terá como mês de referência o mês de assinatura da Proposta de Contratação do Seguro, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do Contrato.

12.3.1.4. Será considerado um Contrato agregado ao Agrupamento aquele que possuir quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos na data acima estabelecida, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de Segurados.

12.3.1.5. O percentual de reajuste somente será aplicado aos Contratos agregados ao Agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se forem agregados ao Agrupamento no momento de sua assinatura.

12.3.1.6. A apuração da quantidade de Segurados ativos do Contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

12.3.1.7. A quantidade de Segurados em um Contrato 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 do Contrato.

12.3.1.8. Em se tratando de Contrato firmado entre a SEGURADORA e uma Administradora de Benefícios - na condição de Estipulante - para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta todos os segurados vinculados ao Contrato firmado junto a Administradora de Benefícios.

12.3.1.8.1. Na situação onde a Administradora de Benefícios figure na condição de prestadora de serviços para pessoa jurídica contratante, para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta os segurados vinculados a cada Contrato firmado.

12.3.1.9. O percentual de Reajuste Único (PRU) será obtido considerando a composição dos resultados encontrados entre o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento, sendo:

$$\text{PRU} = \text{RF} + \text{RS}$$

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

RF = Reajuste Financeiro;

RS = Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento.

12.3.1.9.1. Já o percentual do Reajuste por Sinistralidade (RS) será dado por:

$$RS = \frac{\text{Sinistro}}{0,70 \times PR} - 1$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos, alocados na data de seu pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, no período de apuração, dos contratos pertencentes ao Agrupamento de Contratos Coletivos, substituindo-se os dados dos 5 (cinco) primeiros meses de cada contrato, quando aplicável, pela multiplicação do sinistro *per capita* mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada Contrato.

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

12.3.1.9.1.1. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3.1.9.1.2. O Período de Apuração dos Prêmios Recebidos e Sinistros corresponderá aos 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

12.3.2. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) Segurados ativos – Contrato NÃO Agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.2.1. Para o Contrato em que, no seu último aniversário tenha quantidade entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) Segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens das Condições Gerais) e, ainda, quando necessário, o Reajuste por Sinistralidade, caso este ultrapasse o percentual previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

12.3.2.2. A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita a seguir:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistro}}{PR}$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos do Contrato, alocados na data de pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, dentro do período de apuração;

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração.

12.3.2.3. Na 1ª (primeira) avaliação do reajuste por sinistralidade, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês seguinte ao do seu aniversário.

12.3.2.4. As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. O reajuste será sempre aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

12.3.2.5. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3.2.6. O percentual do Reajuste por Sinistralidade (RS), adicionado ao Reajuste Financeiro (RF), conforme item 12.2. destas Condições Gerais, será aplicado de acordo com a tabela abaixo, considerando a sinistralidade obtida no item 12.3.2.2.

Sinistralidade	Reajuste por Sinistralidade (RS)
Até 70%	0%
70,01 a 80%	5%
80,01 a 90%	10%
90,01 a 100%	15%
100,01% a 110%	20%
110,01% a 120%	30%
Mais de 120,01%	35%

12.3.3. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade igual ou superior a 100 (cem) Segurados – Contrato NÃO Agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.3.1. Para o Contrato em que, no seu último aniversário tenha quantidade igual ou superior a 100 (cem) Segurados (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens das Condições Gerais) e, ainda, quando necessário, o Reajuste por Sinistralidade, caso este ultrapasse o percentual previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

12.3.3.2. A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita a seguir:

$$RS = \frac{\text{Sinistro}}{\beta \times PR} - 1$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos do Contrato, alocados na data de pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, dentro do período de apuração;

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração;

β = sinistralidade informada na proposta de contratação do Seguro.

12.3.3.3. Na 1ª (primeira) avaliação do reajuste por sinistralidade, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês seguinte ao do seu aniversário.

12.3.3.4. As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. O reajuste será sempre aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

12.3.3.5. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.4. Além dos reajustes previstos nos itens 12.1., 12.2., 12.3., visando o equilíbrio técnico do Contrato, a SEGURADORA reserva-se o direito de recalculer 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 do Seguro.

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;
- c. Ampliação das coberturas do Seguro; ou
- 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. O percentual de reajuste visando o equilíbrio econômico do contrato será comunicado pela SEGURADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nos termos e prazos previstos na legislação em vigor.

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

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:

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

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 pela SEGURADORA, serão cobrados, mensalmente, os valores de prêmios indicados na Proposta de Contratação do Seguro.

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 do Seguro.

13.3.3. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 488/22 da ANS e suas atualizações, a SEGURADORA prevê na Proposta de Contratação do Seguro 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 do Seguro, quando da manutenção daqueles Segurados que aderirem ao benefício de demitidos ou aposentados, os prêmios serão demonstrados por faixa etária.

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 farão parte integrante deste contrato.

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 Titular 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 Titular 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 Titular.

15.1.3. O Segurado Titular 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 Titular não se manifeste no prazo de 30 dias, perderá, por decurso de prazo, o direito de manutenção, 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 Titular 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 Titular for admitido em novo emprego ou passar a exercer nova atividade remunerada que possibilite o ingresso em novo plano de assistência à 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 Titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes 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', sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

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 Titular, 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 a solicitação de exclusão nos termos da Resolução Normativa n.º 561 e respectivas atualizações;
- d. 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 Titular, dos Segurados Dependentes e Agregados, 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 Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas nestas Condições Gerais; e
- b. com a perda das condições de dependência estabelecidas nestas Condições Gerais.
- c. com a solicitação de exclusão nos termos da Resolução Normativa n.º 561/22 e respectivas atualizações;

16.5. O Segurado Titular 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 Segurado Dependente e Agregado 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).
- d. Na hipótese de contratação por empresário individual, caso este, ao ser notificado pela SEGURADORA, com 60 (sessenta) dias de antecedência ao aniversário do contrato, não comprove a regularidade quanto à inscrição nos órgãos competentes, bem como a regularidade cadastral junto à Receita Federal, o contrato será rescindido.

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) eventua(is) fatura(s) em atraso o Seguro poderá ser imediatamente cancelado.

17.4. O contrato poderá ser resiliado 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.

17.4.1. A SEGURADORA poderá cancelar/rescindir a cobertura individual do Segurado, seus Dependentes e Agregados, quando houver, nos casos em que decorrer 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, da suspensão por falta de pagamento do prêmio relatada pelo ESTIPULANTE na movimentação.

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 resilido:

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

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 antes do período previsto no item 5.1., destas condições gerais 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 a 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. Os pedidos de reembolsos cujos procedimentos tenham sido realizados no período de suspensão da cobertura, em virtude da inadimplência, serão imediatamente negados pela SEGURADORA. Entretanto, em havendo a quitação total dos prêmios em atraso, dentro dos prazos previstos nestas condições gerais – e antes do cancelamento do Contrato - poderá a SEGURADORA reavaliar os pedidos, devendo a documentação ser novamente apresentada após a quitação dos débitos.

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 coberturas 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).

17.17. Igualmente na hipótese de cancelamento/rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a ESTIPULANTE compromete-se a ressarcir a SEGURADORA de todos os pagamentos efetuados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, dos

atendimentos realizados no curso da vigência do contrato, cuja cobrança tenha sido recebida pela SEGURADORA e não incluída no cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato.

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) Proposta de Contratação do Seguro;

B) Consoante se extrai do conteúdo da regulamentação vigente de acordo com as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deverá ser disponibilizado aos proponentes/Segurados que fazem parte da massa segurável/segurada vinculada ao ESTIPULANTE, ou a pessoa jurídica elegível quando participante da apólice (Subestipulante) 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 disponibilizará 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 disponibilizados ao ESTIPULANTE por meio digital.

B4) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) também estará à disposição (para leitura e impressão) por meio do site www.segurosunimed.com.br.

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 especial por àqueles impostos pela

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

B6) Farão parte integrante do contrato os documentos entregues ao segurado referentes ao seguro saúde.

18.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

18.2.1. Quando os Segurados possuírem o cartão físico, o ESTIPULANTE fica obrigado a comprovar o recolhimento dos Cartões de Identificação, ou devolvê-los à SEGURADORA, mediante protocolo, além de obrigado a orientar os Segurados para abstenção quanto a utilização do plano por meio de cartão digital, 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 Titular 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 à 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 a 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. RESSARCIMENTO AO SUS

18.6.1. A ESTIPULANTE, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei 9656/98, todos

os atendimentos médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde a quaisquer dos segurados do presente Contrato serão cobrados da SEGURADORA pela ANS, constituindo-se, desta forma, em custos assistenciais da Contratante, e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

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, ou vinculadas através do artigo 29 da Resolução Normativa nº 557/22 e suas atualizações, 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.

18.8.4. A solicitação de portabilidade de carências feita pelo Segurado entre planos contratados pelo ESTIPULANTE diretamente à SEGURADORA, seguirá o fluxo padrão de verificação dos requisitos previstos na legislação vigente estipulados pela ANS, sem comunicação prévia ao ESTIPULANTE, sendo responsabilidade exclusiva do ESTIPULANTE comunicar aos seus colaboradores as regras de benefícios relacionadas ao cargo que o colaborador exerce, principalmente, se há alguma vedação para realização de portabilidade de carências entre planos contratados pelo ESTIPULANTE (upgrade ou downgrade) com a SEGURADORA.

18.9. NOVAÇÃO

18.9.1. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não implica 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 transferidas ou cedidas, 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 557/22 e suas atualizações, 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 à aplicação fática dos normativos emanados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.10.10. O ESTIPULANTE se compromete a manter as Condições Gerais do(s) Produto(s) em local de fácil acesso para serem consultadas, a qualquer momento, por todo e qualquer segurado inscrito no contrato.

18.10.11. O ESTIPULANTE poderá confirmar a situação cadastral da SEGURADORA pelo site www.ans.gov.br.

18.10.12. Na hipótese da SEGURADORA ser compelida a (i) reincluir um segurado no contrato, com garantia da manutenção de atendimento do segurado anteriormente excluído ou (ii) de um procedimento que não possui cobertura contratual, nem tampouco previsto no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde- ANS, nos termos previstos nestas Condições Gerais, seja o beneficiário ativo ou inativo, as utilizações serão consideradas no cálculo do reajuste por sinistralidade conforme previsto no item XII destas Condições Gerais.

18.11. COMUNICAÇÃO E ACESSO

18.11.1. As partes concordam que os comunicados/notificações relativos a este Seguro Saúde, inclusive, mas a estes não se limitando, sobre eventual aplicação de Carência e Cobertura Parcial Temporária, Inadimplência, Cancelamento, bem como, o envio de boletos e faturas, poderão ocorrer por qualquer meio eletrônico, sem prejuízo da forma física.

18.12. DEFINIÇÕES

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;
- Ano de contrato - período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente, seja o contrato individual/familiar ou coletivo.
- Apólice é o número gerado pela SEGURADORA, após a aceitação da Proposta de Contratação do Seguro, que rege o contrato de Seguro e reúne todo conjunto de empresas coligadas vinculadas ao ESTIPULANTE principal.
- 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 individualiza o segurado e que contém informações sobre o tipo de acomodação, coberturas parciais temporárias (CPT), carência e outros dados necessários para facilitação do atendimento junto à Rede Referenciada;
- Cartão proposta é o documento preenchido pelo Segurado Titular, 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 – 10ª 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 Titular, 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 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, não prevista 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 preestabelecida;
- 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 Titular, 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 reumatoide, 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 repercussões 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;
- Procedimentos de Alto Custo são os procedimentos de maior complexidade que exigem autorização prévia da SEGURADORA e/ou utilização de equipamentos de alta tecnologia para a sua realização, os quais estão previstos na Tabela de Correlação TUSS - Rol da ANS, sob a denominação PAC - Procedimento de Alta Complexidade, atualizada periodicamente pela Agência Nacional de Saúde.
- Proponente é o candidato a Segurado, em processo de análise para aceitação no Seguro;
- Proposta de Contratação do Seguro 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 de 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 de 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 física, efetivamente incluída no seguro, vinculada ao SEGURADO TITULAR, conforme definido na Proposta de Contratação/ Condições Gerais, efetivamente incluído no seguro;
- Segurado Titular é a pessoa física elegível 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;
- TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇOS HOSPITALARES DA SEGURADORA 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.

- Vigência é o período em que estão em vigor as coberturas deste seguro.

XIX- ELEIÇÃO DE FORO

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

ANEXOS



ANEXO I - CORPORATIVO COMPACTO ENF CP - 475.573/16-1

O presente Anexo I é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Compacto Enf. CP;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.573/16-1;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Coletiva;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 10 (dez) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.3. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação em enfermaria, que compreende quarto coletivo, com banheiro privativo.

4.2. No momento da internação, caso o estabelecimento não disponha de vaga no padrão enfermaria, o Segurado poderá utilizar-se de acomodação superior sem ônus adicional, observando-se que:

- a) essa acomodação prevalecerá apenas e tão somente até que fique disponível a vaga para a acomodação prevista para o plano contratado;
- b) esse direito lhe será assegurado somente nos estabelecimentos previstos para atendimento ao Plano contratado.
- c) não sendo observadas as condições previstas no item acima, as despesas decorrentes da utilização da acomodação superior, inclusive as de honorários médicos complementares, deverão ser assumidas pelo Segurado ou seu responsável e pagas diretamente aos prestadores dos serviços.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO II - CORPORATIVO EFETIVO APTO CP - 475.569/16-3

O presente Anexo II é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Efetivo Apto CP;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.569/16-3;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 10 (dez) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.3. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Remissão

- a) Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO III - CORPORATIVO COMPLETO APTO CP II - 477.341/16-1

O presente Anexo III é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Completo Apto CP II;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 477.341/16-1;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitadas a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 20 (vinte) sessões, por Segurado por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 20 (vinte) sessões por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.4. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Remissão

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO IV - CORPORATIVO SUPERIOR APTO CP - 475.579/16-1

O presente Anexo IV é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Superior Apto CP;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.579/16-1;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.4.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.4.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

2.2.5. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Remissão

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.

ANEXO V - CORPORATIVO SUPERIOR PLUS APTO CP - 495.128/23-0

O presente Anexo V é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Superior Plus Apto CP;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 495.128/23-0
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.4.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.4.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Remissão

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.

ANEXO VI - CORPORATIVO SÊNIOR APTO CP - 475.582/16-1

O presente Anexo VI é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Sênior Apto CP;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.582/16-1;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 40 (quarenta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 40 (quarenta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.4.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.4.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

2.2.5. Outros Transplantes: Além das situações oriundas de Lei e previstas nestas condições gerais, também haverá cobertura para **transplante de coração, pâncreas e pulmão**, exclusivamente pelo sistema de reembolso, com limites previstos na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora e proposta de contratação do Seguro.

2.2.6. Check-up: Haverá cobertura para *check-up*, através do sistema de reembolso ou rede referenciada, dentro dos limites e tabela de periodicidade preestabelecidos na Proposta de Contratação do Seguro, exclusivamente para o Segurado Titular.

2.2.7. Vacinas: 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.

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.

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 do Seguro.

2.2.8. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. Remissão

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.



Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br

S-565 V10 07/2024

Condições Gerais

SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL

CORPORATIVO

SAÚDE



**CONTRATO E CONDIÇÕES GERAIS DE SEGURO
COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial.

SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Nacional.

ÁREA DE ATUAÇÃO: Nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Coletiva ou Individual, conforme descrição no Anexo do plano.

FORMAÇÃO DE PREÇO: Preestabelecido.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Remissão.

PLANOS: Corporativo Compacto Enf – 475.566/16-9, Corporativo Efetivo Apto – 475.585/16-5, Corporativo Completo Apto – 475.574/16-0, Corporativo Superior Apto – 475.578/16-2, Corporativo Superior Plus Apto – 495.127/23-1 e Corporativo Sênior Apto – 475.567/16-7.

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Qualificação da Seguradora

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, Pessoa Jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81, classificada como **SEGURADORA** Especializada em Saúde, sediada na Alameda Ministro Rocha Azevedo, n.º 366, Cerqueira César, em São Paulo - SP, CEP: 01410-901 e devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº 00.070-1.

Qualificação da Estipulante

Pessoa Jurídica ou empresário individual, comprovadamente regular devidamente identificada (o) e qualificada (o) na Proposta de Contratação do Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o **ESTIPULANTE** e por meio do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro e o responsabiliza pelo pagamento dos prêmios. A Proposta de Contratação do Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

SUMÁRIO

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
II- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	12
IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA	27
V- DURAÇÃO DO CONTRATO	29
VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA	29
VII- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	31
VIII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
IX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	36
X- MECANISMOS DE REGULAÇÃO	43
XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	47
XII- REAJUSTE	49
XIII- FAIXAS ETÁRIAS	54
XIV- BÔNUS – DESCONTOS	56
XV- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	56
XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS	58
XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO	60
XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS	63
XIX- ELEIÇÃO DE FORO	74
ANEXO I - CORPORATIVO COMPACTO ENF - 475.566/16-9	76
ANEXO II - CORPORATIVO EFETIVO APTO - 475.585/16-5	78
ANEXO III - CORPORATIVO COMPLETO APTO - 475.574/16-0	80
ANEXO IV - CORPORATIVO SUPERIOR APTO - 475.578/16-2	82
ANEXO V – CORPORATIVO SUPERIOR PLUS APTO - 495.127/23-1	85
ANEXO VI – CORPORATIVO SÊNIOR APTO - 475.567/16-7	87

CONDIÇÕES GERAIS

I- ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, sendo estes últimos pagos mediante reembolso, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

1.2. NATUREZA DO SEGURO

1.2.1. Este seguro se caracteriza pela contratação 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.

1.2.2. Este contrato também poderá ser firmado por intermédio de Administradora de Benefícios, na figura de ESTIPULANTE, na forma trazida pelo inciso III do artigo 29 da Resolução Normativa ANS nº 557/22, combinado com os termos da Resolução Normativa ANS nº 515/22, sempre respeitando os vínculos de elegibilidade previstos nos normativos vigentes.

1.2.3. A Administradora de Benefícios, quando for ESTIPULANTE, deverá fazer a inclusão das pessoas jurídicas legítimas para a contratação de planos coletivos empresariais, devendo observar a legitimidade da pessoa jurídica participante, conforme o artigo 5º da Resolução Normativa ANS nº 557/22 e suas atualizações, passando estas a figurarem como Subestipulantes da Apólice de Seguro Saúde.

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 Titular, 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 488, de 29 de março de 2022, da ANS e suas atualizações;

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

2.1.2.1. ALTERAÇÃO DE PRODUTOS

2.1.2.1.1. A ESTIPULANTE poderá solicitar à SEGURADORA a alteração de produto contratado, que ficará condicionada à análise prévia da SEGURADORA, exclusivamente no aniversário do seguro ou nos casos de mudança de categoria profissional, sendo passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada, para o padrão de acomodação e múltiplos de reembolso, quando for o caso.

2.1.2.1.2. A alteração deverá ser realizada apenas para um produto imediatamente superior ou inferior ao contratado pela ESTIPULANTE, e que esteja elencado na relação de produtos pertencentes à presente contratação.

2.1.2.1.3. A alteração deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional e 30º (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato.

2.1.2.1.4. As alterações de produto deverão ocorrer igualmente para todo o 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/SUBESTIPULANTE - empregatício estatutário formal, societário ou que corresponda a qualquer uma das formas de abrangência descritas acima, ou, ainda, a relação de dependência entre o Segurado Titular, seus Dependentes e Agregados, quando inscritos.

2.1.4.1. Além da apresentação da documentação que comprova a legitimidade (inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, existente há, pelo menos, seis meses anteriores à data da contratação) no ato da contratação, o empresário individual deverá fazê-lo, anualmente, sempre na data do aniversário do seguro, sob pena de cancelamento do contrato, nos

termos da legislação e disposição contratual.

2.1.5. PARA GRUPO SEGURÁVEL

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 observado, no que couber, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes destas condições gerais.

2.1.5.1.1 Nas futuras inclusões de segurados, será analisado, no momento da solicitação, o enquadramento do contrato com base no novo número de vidas ativas, sendo que se o contrato possuir menos de 30 vidas ativas, haverá a aplicação dos prazos de carência previsto no item 6.3 destas Condições Gerais.

2.1.5.2. 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 no contrato em até 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação ao ESTIPULANTE.

2.1.5.3. 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.

2.1.6. SEGURADOS TITULARES

2.1.6.1. Poderão ser aceitos neste Seguro, como Segurados Titulares, os componentes do Grupo Segurável que, ao tempo da assinatura da Proposta de Contratação do Seguro ou da solicitação de inclusão neste Contrato, estejam em atividade na empresa.

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

2.1.7. SEGURADOS DEPENDENTES

2.1.7.1. Poderão ser aceitos como Segurados Dependentes, definidos nos termos da proposta de contratação, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Titular, grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, cônjuges e companheiro (a) conforme negociação entre as partes e mediante aceitação da SEGURADORA.

A SEGURADORA, enquanto vigente o seguro saúde contratado pelo ESTIPULANTE e desde que ativo o vínculo do segurado titular e adimplidos os prêmios, poderá aceitar a permanência como dependentes,

dos seus filhos e enteados solteiros, incapazes, conforme idade definida na Proposta de Contratação do Seguro, desde que comprovada sua incapacidade civil quando do atingimento da idade limite para manutenção no plano, mediante a apresentação pelo segurado titular, cumulativamente, dos seguintes documentos: certidão de nascimento, Termo de Curatela e comprovante de dependência econômica declarada pelo titular do plano no Imposto de Renda.

2.1.7.2. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao Segurado Titular.

2.1.7.3. Para inclusão de Dependentes, nos termos definidos na proposta de contratação, após a data de inclusão do Segurado Titular, 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, Escritura Pública de União Estável, etc.

2.1.7.4. O(A) filho(a) natural ou adotivo(a) do Segurado, nos termos definidos na proposta de contratação, 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.

2.1.7.5. 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.

2.1.8. SEGURADOS AGREGADOS

2.1.8.1. Podem ser incluídos como agregados desse seguro, a critério exclusivo da SEGURADORA, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Titular, grupo familiar até o segundo grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade, definidos na Proposta de Contratação do Seguro.

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

- a. O parentesco seja considerado em relação ao Segurado Titular;
- b. O plano para o agregado seja o mesmo do Segurado Titular;
- c. O agregado dependa economicamente do Segurado Titular, o que deverá ser comprovado mediante apresentação de declaração, preenchida e assinada pelo Segurado Titular, atestando a dependência econômica daquele em relação a este com o de acordo do ESTIPULANTE, conforme modelo fornecido pela SEGURADORA;

2.1.8.1.2. Os agregados, quando previstos, terão acesso apenas à assistência médica e hospitalar, objeto deste instrumento.

2.1.8.1.3. Os dependentes solteiros que completarem a idade máxima prevista na Proposta de

Contratação do Seguro, poderão ser mantidos na apólice na condição de agregado, desde que solicitado e/ou autorizado pelo ESTIPULANTE e aceito pela SEGURADORA.

2.1.8.1.4. Após o início de vigência do contrato 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.

2.1.9. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.1.9.1. As inclusões posteriores obedecerão aos seguintes critérios:

a) O início de vigência individual será a partir do primeiro dia do mês seguinte ao recebimento, pela SEGURADORA, do pedido de inclusão por meio do preenchimento de Cartão Proposta, 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.

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

2.1.9.3. 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.

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

2.1.10. EXCLUSÕES DE SEGURADOS

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

- a) se Segurado Titular foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Segurado Titular ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Nº 488, da ANS e suas atualizações;
- c) se o Segurado Titular contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- d) por quanto tempo o Segurado Titular contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Segurado Titular ou se recusou a manter esta condição.

2.1.10.2. Na hipótese de descumprimento do item 2.1.10.1, ou seja, sempre que a solicitação de exclusão do Segurado Titular não vier acompanhada das informações suscitadas no item anterior, a SEGURADORA não acatará a solicitação da ESTIPULANTE até a regularização das informações, sem prejuízo da cobrança das contraprestações pecuniárias mensais.

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

- a) Documento assinado pelo Segurado ou que comprove inequivocamente que houve a comunicação para o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa sobre a opção por exercer o direito na manutenção como beneficiário no plano privado de assistência à saúde ou se optou por não se manter nesta condição;
- 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) Documento com a ciência do segurado titular acerca das consequências do cancelamento ou exclusão do contrato, em atendimento ao artigo 15 da RN 561/22 e suas atualizações;
- h) Outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da SEGURADORA, quando a solicitação for de iniciativa do segurado titular.

2.1.10.4. A exclusão do Segurado Titular só será aceita pela SEGURADORA mediante o envio das informações e documentos citados nos subitens 2.1.10.1. e 2.1.10.3. acima.

2.1.10.5. 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 ressarcimento 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 488, da ANS e suas atualizações.
- c) responsabilizar-se-á, também a ESTIPULANTE por eventuais faturamentos pró-rata originados em razão do descumprimento do prazo previsto no item 2.1.10.1. e em decorrência de pedido de exclusão realizado

pelo beneficiário individual direcionado diretamente à SEGURADORA;

2.1.10.6. Para dar cumprimento ao quanto disposto nos subitens 2.1.10.1. e 2.1.10.3. o ESTIPULANTE deverá observar os prazos e condições de movimentação a serem cumpridos, na forma estabelecida neste instrumento.

2.1.10.7. Quando a solicitação de exclusão do Seguro Saúde ocorrer a pedido do Segurado Titular cessa a garantia das coberturas previstas no contrato e a exclusão do Seguro Saúde tem efeito imediato a partir da data e hora da solicitação apresentada à SEGURADORA. Eventos ocorridos após a solicitação da exclusão não terão cobertura, de modo que, eventuais despesas de utilização ocorrerão às expensas do Segurado titular.

2.1.10.7.1. A solicitação de exclusão poderá ser requerida pelo Segurado Titular diretamente para a SEGURADORA, presencialmente nos escritórios regionais ou em sua sede, por meio dos seus canais de atendimento telefônico ou eletronicamente através de seu portal na internet, conforme informações divulgadas no site www.segurosunimed.com.br, mediante apresentação de documento que comprove que o Segurado Titular veio a solicitar a exclusão para a ESTIPULANTE a no mínimo 30 (trinta) dias anteriores a solicitação formulada diretamente para a SEGURADORA.

2.1.10.8. A SEGURADORA efetuará o acerto do prêmio mensal do Seguro Saúde a débito ou a crédito proporcional ao número de dias de cobertura assistencial transcorridos no mês de competência da solicitação da exclusão do Seguro Saúde.

2.2. IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS

2.2.1. Estando aceitos e incluídos os Segurados, a SEGURADORA disponibilizará 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.

2.2.2. A SEGURADORA fornecerá ao Segurado Titular os manuais informativos referentes às coberturas garantidas neste Seguro, conforme plano contratado e nos termos do item 18.1.1, alínea “B”.

2.2.3. 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 cumulativamente relacionadas às doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes de utilização, quando houver, e desde que 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. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e regulamentadas dentro da cobertura prevista pelo Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde.

3.1.1.2 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

3.1.1.3. Cobertura de consultas pré-natal e puerpério com enfermeiro obstétrico e obstetrix até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.

3.1.1.3.1. Cobertura de consultas com nutricionista até o limite previsto como sendo de “cobertura mínima obrigatória”, por ano de contrato, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização - DUT, vigente à época do evento.

3.1.1.3.2. Cobertura de consultas e sessões, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, com psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.

3.1.1.3.3. Cobertura de consultas e sessões obrigatórias com psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, para o tratamento do beneficiário diagnosticado como sendo portador de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos globais do desenvolvimento.

3.1.1.4. Cobertura de sessões de psicoterapia, em número ilimitado de sessões, por ano de contrato, as quais poderão ser realizados tanto por médico como por psicólogo devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

3.1.1.5. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano de contrato, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.1.1.6. cobertura das ações de planejamento familiar conforme critérios, estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

3.1.1.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

3.1.1.8. 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, videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica, eletromiografia e eletroneuromiografia, demais exames do Rol.

c. Ambulatoriais especiais:

Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial), quimioterapia ambulatorial, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, etc.), hemoterapia ambulatorial, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial, fisioterapia, acupuntura, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, outros procedimentos previstos no Rol.

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

a. internações clínicas;

b. internações cirúrgicas;

c. internações obstétricas;

d. transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, 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 ressarcimento ao SUS.

Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

e. aquisição e implantação de órteses e próteses, ligadas ao ato cirúrgico (intraoperatório);

f. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

g. internações psiquiátricas;

h. remoção inter-hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste contrato, de acordo com a legislação vigente, em especial pelo disposto na Resolução Normativa nº 490, de 29 de março de 2022 e suas eventuais alterações subsequentes;

i. atendimento de urgência e emergência, de acordo com as normas especificadas na cláusula VIII -

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

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;

k.1. O imperativo clínico citado na alínea 'k' acima caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do paciente.

k.2. 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.

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

l.1. hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal contínua ambulatorial);

l.2. quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme legislação vigente;

l.3. Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

l.4. procedimentos radioterápicos;

l.5. hemoterapia;

l.6. nutrição enteral ou parenteral;

l.7. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

l.8. radiologia intervencionista;

l.9. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l.10. procedimentos de reeducação e reabilitação física;

l.11. acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos

transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

l.12. oxigenoterapia hiperbárica, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde.

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 acomodação indicada no Anexo do plano contratado, respeitando a disponibilidade do hospital, pelo período de duração da internação podendo ser prorrogável mediante justificativa do médico assistente;

a.1. As acomodações em enfermaria compreendem quarto coletivo.

a.2. As acomodações em apartamento compreendem quarto individual, com banheiro privativo.

b. serviços complementares de diagnose e de terapia, indispensáveis ao controle da evolução da doença ou da lesão acidental;

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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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 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 outros meios, 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 Titular, por intermédio do ESTIPULANTE, na qualidade de Segurado Dependente se filho do Segurado Titular, conforme os termos nestas 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 auto infligidas;
- 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 Contrato, conforme Rol de eventos e Procedimentos em Saúde vigente;
- 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;

g. Atendimento/acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico, quando cumpridos os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização do Rol vigente.

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. 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.

b. Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva.

3.1.5. 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/diretrizes de utilização previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

3.1.6. 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.

O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

3.1.7. Atenção Domiciliar:

3.1.7.1. 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.

3.1.7.2. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

3.1.7.2.1. 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.

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

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

vigentes.

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

3.1.7.3. SERVIÇOS OFERECIDOS

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

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

3.1.7.3.3. 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.

3.1.7.4. MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA

3.1.7.4.1. 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.

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

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

3.1.7.4.4. 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.

3.1.7.5. EQUIPAMENTOS

3.1.7.5.1. 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.

3.1.7.6. CONDIÇÕES DE ALTA

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

3.1.7.7. OUTRAS DISPOSIÇÕES

3.1.7.7.1. 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.

3.1.7.7.2. 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.

3.1.7.7.3. 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.

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

3.1.8. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

a. Informação específicas sobre os serviços e coberturas adicionais, estarão descritas nos anexos, de acordo com o produto contratado e, estarão dispostas, quando previstas, na documentação de contratação, a qual devidamente assinada pelas partes será parte integrante e indissociável destas Condições Gerais.

3.1.8.1. REMISSÃO

3.1.8.1.1. Favorecido(s): Segurados dependentes (exclusivamente cônjuge e filhos do Segurado Titular). Os Inativos e Agregados não têm direito a este Benefício.

3.1.8.1.2. Este benefício tem por objeto garantir aos dependentes Segurados, no caso de falecimento do Segurado Titular, 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. Em caso de cancelamento do contrato principal será assegurado aos Segurados cadastrados a permanência da cobertura até o final do prazo estabelecido nos anexos destas Condições Gerais.

b. Os Segurados, Titular e Dependentes, que tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Titular, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte acidental;

c. O Segurado Titular 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.

3.1.8.1.3. Caso o Segurado e seus Dependentes tenham sido transferidos para plano superior, para o qual não tenha sido cumprido o período de permanência previsto no item 3.1.8.2.2. alínea “b”, o pagamento das mensalidades do plano para o qual tenha sido cumprido o referido período de permanência, será considerado desde o início de vigência até a data do óbito.

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

3.1.8.1.5. 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 REMISSÃO, não havendo 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.

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

3.1.8.1.7. 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 Titular (casamento, adoção, etc.) e a inclusão neste benefício também tenha ocorrido dentro das condições ora previstas.

3.1.8.1.8. Os benefícios previstos neste Seguro ficam condicionados efetivação da solicitação do benefício à SEGURADORA no prazo de 30 (trinta) dias contados do óbito do Segurado Titular e a apresentação dos seguintes documentos:

a. Morte Natural:

- Aviso de Sinistro, acesse o link: <https://www.segurosunimed.com.br/formulario-sinistro-vida>;
- Cópia Autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia do R.G, CPF ou da CNH e também do Comprovante de residência atualizado do(a) Segurado(a) Titular;
- Comprovação de vacinação completa, conforme cronograma estabelecido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (quando a causa mortis estiver relacionada com COVID-19);

- Cópia da Carteira do Plano de Saúde do(a) Segurado(a) Titular e/ou último comprovante de pagamento.

b. Cobertura: Morte Acidental -

- Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo do I.M.L.;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente automobilístico no qual o segurado(a) titular tenha sido o condutor), caso realizado;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente automobilístico no qual o segurado(a) titular tenha sido o condutor);
- Laudo de Perícia Técnica, se realizado;

3.1.8.1.9. A SEGURADORA poderá solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários à elucidação do evento.

3.1.8.1.10. O direito ao REMISSÃO 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.

3.1.8.1.11. Para efeito deste benefício, o novo Segurado Titular do seguro será designado conforme critério:

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

3.1.8.1.12. O novo Segurado Titular 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.

3.1.8.1.13. Estão EXCLUÍDOS da cobertura do REMISSÃO 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;
- d.1. 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.

3.2. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

- 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares 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.
- g.1. 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, bem como, os medicamentos e materiais utilizados para realização de hemodálises, hemofiltração e hemodiafiltração, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores e cestas estabelecidos na Tabela de Reembolso da Seguros Unimed.
- i.1. Nas eventuais omissões da Tabela SIMPRO ou da Tabela 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.
- a.1. A prestação dos serviços de assistência à saúde poderá se dar também por intermediação das Cooperativas Unimed, que disponibilizam sua rede e havendo cobertura as despesas terão pagamento efetuado pela SEGURADORA diretamente à Cooperativa Unimed, sem desembolso por parte do Segurado ou apresentação de identificação complementar, sendo exigência para o atendimento a apresentação do

Cartão de identificação da SEGURADORA.

b. O acesso à rede referenciada estará disponível a partir da data de contratação do Seguro, respeitando os prazos de carência e coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais. Como condição de atendimento, se faz necessária a apresentação do Cartão de Identificação da Seguradora dentro do prazo de validade.

b.1. Os cartões de identificação, serão disponibilizados em um prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de inclusão no Seguro, caso o Segurado busque atendimento antes da disponibilização do cartão de identificação, ele deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas) para realizar as providências de autorização.

c. A realização dos procedimentos médico-hospitalares, descritos nos itens 10.3., 10.4., 10.5. e 10.6., dependerá, obrigatoriamente, da autorização prévia da SEGURADORA.

d. 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.

e. 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.

f. A substituição da Rede Referenciada hospitalar ocorrerá, respeitando-se os critérios e as condições estabelecidas na legislação vigente.

g. A Seguradora, disponibilizará ao segurado o acesso ao Guia Médico Digital, no qual constará a relação de recursos da rede credenciada diretamente pela SEGURADORA, bem como por intermediação das Cooperativas Unimeds, de acordo com o plano contratado, via web por meio do portal da Seguradora.

h. O Segurado poderá consultar a rede referenciada atualizada do seu produto/plano no site www.segurosunimed.com.br/guia-medico, pelos telefones (24 horas por dia): '0800 016 66 33' (Atendimento Nacional) ou '0800 770 36 11' (Atendimento ao Deficiente Auditivo) ou por meio de aplicativo móvel.

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 que autorização ou negativa de procedimentos ocorrerão dentro dos prazos estabelecidos na legislação vigente.

i.1. Em relação aos pedidos médicos para transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será

imediate, 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, consulta domiciliar, terapias e quaisquer outros procedimentos realizados em regime domiciliar, ainda que realizados em caráter de urgência ou emergência.
- 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, produtos 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, fertilização *in vitro* ou qualquer outra forma de reprodução assistida, 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 pessoas idosas; 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 pessoas idosas e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

s. Check-up, exceto para os planos que possuem a cobertura de Check-up prevista no Anexo do plano contratado;

t. laserterapia para tratamento de varizes; medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

u. Transplantes, excetuando-se aqueles previstos nestas Condições Gerais;

v. Sonoterapia;

w. Atendimentos ou tratamentos referentes à reeducação e reabilitação profissional; que visem 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;

x. Outras terapias;

y. Vacinas, exceto para os planos que possuem essa cobertura estabelecida no Anexo do plano

contratado;

z. Saúde Ocupacional, de acordo com as normas da ANS;

a.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com espuma e técnica à laser.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A duração do contrato e a data de início de vigência deste Seguro Saúde, estão previstas na Proposta de Contratação do Seguro, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente contrato.

5.1.1. Decorrida a vigência inicial, este Seguro será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, 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 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 do contrato ou da sua vinculação ao ESTIPULANTE.

6.2.1. 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.).

6.3. As carências previstas para o grupo inicial, conforme número de componentes do grupo segurado, contada a partir do início de vigência individual de cada Seguro estão descritas na tabela a seguir:

PROCEDIMENTO	Igual ou Superior a 30 (trinta) vidas PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	Isento
Consulta Médica	Isento
Exames Básicos	Isento
Terapias	Isento
Exames Especiais	Isento
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	Isento
Internações Clínicas	Isento
Internações Psiquiátricas	Isento
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	Isento
Internações Cirúrgicas	Isento
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto a termo	Isento
Parto a Termo	Isento
Transplantes	Isento
Assistência Domiciliar	Isento

6.4. Para inclusão dos Segurados inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou da sua vinculação inicial ao ESTIPULANTE, serão aplicados os prazos de carências, contados a partir do início de vigência do Seguro individual da tabela a seguir:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas
Consulta Médica	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Terapias	180 dias
Exames Especiais	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 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 a Termo	300 dias
Transplantes	180 dias
Assistência Domiciliar	180 dias

6.4.1. Para a inclusão dos Segurados inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias faz-se necessário o preenchimento do cartão proposta.

6.5. Nos casos de transferência para um Plano com níveis de reembolso superiores aos do Plano inicialmente contratado, não haverá aplicação de carência desde que a alteração seja solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional ou 30º (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato.

6.5.1. Nos casos de transferência fora dos prazos previstos acima, independentemente dos prazos de carências anteriormente estabelecidos e cumpridos, serão aplicados, para as diferenças de níveis de reembolso e coberturas mais amplas, os prazos de carência de estabelecidos no item 6.4.

6.5.2. Os eventos ocorridos no período de cumprimento das novas carências em face de transferência para plano superior serão reembolsados nos limites contratuais do plano anterior.

6.6. 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 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.

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.

7.2.1. 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.

7.2.2. 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.

7.3. 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 observado, no que couber, a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, bem como dos prazos de carência e demais critérios constantes destas Condições Gerais.

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. O proponente deverá apresentar laudos, exames e/ou informações médicas complementares as doenças e/ou lesões indicadas na declaração pessoal de saúde e atividade, quando existentes, no momento do preenchimento do Cartão Proposta, o que deverá fazê-lo no prazo de até 05 (cinco) dias

corridos, contado da data de solicitação, ficando a aceitação do segurado condicionada à apresentação destes documentos e, quando for o caso, mediante aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7.7. 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. solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à cobertura parcial temporária.

7.8. 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.

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 o Segurado 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 do Segurado 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 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.

8.7. 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. Neste caso, a SEGURADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.9. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da Rede Referenciada, o valor do reembolso não poderá ser inferior aos preços dos serviços médicos e hospitalares praticados junto a Rede Referenciada.

8.9.1. A documentação necessária para o reembolso do item 8.9, deverá ser apresentada no prazo máximo de 1 (um) ano do evento ocorrido, e o seu pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da documentação descrita no item 9.5.1.2 e seus subitens, observando 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA, 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, estando caracterizada a cobertura, a Seguradora efetuará o devido reembolso ao segurado no prazo de até 30 (dias), contados da data do recebimento da documentação completa na Seguradora ou por meio eletrônico, sob protocolo.

9.1.1. A tabela acima citada também está à disposição para consulta do Estipulante e Segurados no endereço da sede da SEGURADORA e em Portal da Seguradora (www.segurosunimed.com.br) em área logada. Para os casos de esclarecimento de reembolso o segurado também poderá consultar a Central de Relacionamento, por meio dos canais indicados nestas condições gerais.

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, bem como os limites previstos nestas Condições Gerais e na Proposta de Contratação do Seguro.

9.4. Para os procedimentos de alto custo e/ou com limites contratuais, além daqueles previstos na subcláusula 10.3., ao utilizar-se da livre escolha, o segurado deverá solicitar autorização prévia para confirmação da cobertura e eventual direito ao reembolso e seus limites por meio da central de relacionamento da SEGURADORA, como medida de controle operacional, não havendo qualquer interferência na liberdade da escolha do prestador e/ou impedimento no seguimento da realização do procedimento.

9.5. Respeitadas as condições do contrato, o reembolso cabível dependerá da apresentação dos documentos originais (exceto prontuário médico) e enviado de forma eletrônica.

9.5.1. A SEGURADORA efetuará a posse e guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente suas vias originais, no prazo estabelecido na legislação vigente.

9.5.1.1. Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento realizado, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos, conforme estabelecido pela legislação vigente.

9.5.1.2. Poderá, ainda, ser solicitado pela SEGURADORA a qualquer tempo, o envio dos documentos originais, em até 30 (trinta) dias úteis, contados da data da solicitação da SEGURADORA, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída.

- 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, número do CNES, especialidade, assinatura, endereço completo e carimbo do profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços. Será necessário o envio de relatório médico com a indicação clínica para os seguintes casos: excessos de consultas/alta periodicidade com o mesmo profissional e consulta com mais de um participante do plano com o mesmo profissional.

- 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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem) e codificação TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar). Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de

pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

- Terapias Especiais sendo elas: Fisioterapia, Acupuntura, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição entre outras que possam ser agregadas ao Rol ANS, realizadas em sessões – A cada 03 (três) meses, 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 quitada que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. Do recibo e/ou nota fiscal deverão constar os dados do Prestador: Nome, número do CNES, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo, assinatura e carimbo profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho. Em alguns casos será necessário o envio de laudos de exames que comprovem a patologia e ficha de atendimento contendo as datas dos atendimentos, assinatura do segurado e do profissional executante. Para os Recibos emitidos por pessoa jurídica, deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços. Obrigatório apresentar os certificados dos cursos de acordo com os protocolos/abordagem utilizados pelo profissional, por exemplo: Aplicador ABA, VB-MAPP, TEACH, PECS entre outros.

a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas hospitalares e descritivo cirúrgico caso houver;

b. Cópia do(s) laudo(s), se for(em) realizado(s) exame(s) anátomo(s) patológico(s) ou polissonografia(s);

c. Recibos ou Nota Fiscal quitada dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares), acompanhado do descritivo cirúrgico, cujo reembolso

será efetivado considerando o(s) procedimento(s) efetivamente constante(s) do descritivo cirúrgico. Assinatura e carimbo profissional que realizou o procedimento com especialidade e registro do Conselho e número do CNES. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

9.5.1.3. Para a solicitação do reembolso de forma eletrônica, será necessário o cadastro de biometria facial para fins de reconhecimento e elegibilidade do Segurado, mediante cadastramento em aplicativo próprio da SEGURADORA.

9.5.2. 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, número do CNES, função exercida no evento e assinatura). Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal, deverá constar a descrição da equipe médica (nome, CRM, número do CNES, função e valor cobrado para cada profissional). Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.3. Da Nota Fiscal hospitalar deverá constar: nome do Segurado, período da internação, descritivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos, além das datas de atendimento. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o

comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.4. 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, número do CNES, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo do aparelho/item cobrado. Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.5.5. 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, número do CNES, 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). Recibos emitidos por pessoa jurídica, neste caso deverá ser enviada Nota Fiscal, caso a PJ seja constituída na forma de sociedade unipessoal (EIRELI) encaminhar lei municipal comprovando a dispensa de emissão de documento fiscal. Deverá ser encaminhado o comprovante de pagamento, podendo ser: documentos que comprovem transações bancárias (extrato conta corrente, fatura do cartão de crédito, PIX, Ticket de Cartão de crédito, Comprovante de transferência/TED/DOC) e os casos pagos em espécie (dinheiro) poderá ser substituído por um termo/declaração de quitação emitida pelo prestador de serviços.

9.6. Estando caracterizada a cobertura, bem como a documentação acima relacionada, ou ainda se necessário, para elucidação e devida classificação de acordo com a Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA, deverá ser encaminhado relatório médico com indicação da patologia; tratamento proposto; indicação e diagnóstico; descritivo cirúrgico referente ao procedimento realizado; laudos e resultados de exames quando houver e/ou prontuário médico. A SEGURADORA, após

o recebimento da documentação complementar, efetuará o devido reembolso ao Segurado, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na SEGURADORA, sob protocolo.

9.7. Para os serviços e procedimentos que contenham DUT - Diretriz de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, a SEGURADORA somente efetuará o reembolso mediante a comprovação do cumprimento da Diretriz de Utilização – DUT, por meio de laudo(s) ou atestado(s) médico(s) ou outro(s) documento(s) equivalente(s), emitido(s) pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento.

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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA. Em nenhuma hipótese, o reembolso será superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado ao profissional ou instituição médica e nem inferior ao praticado pela SEGURADORA diretamente na rede referenciada.

9.9. O reembolso das despesas cobertas por este Seguro será efetuado diretamente em conta corrente do Segurado Titular ou dependente atendido, ou ainda ao seu procurador legalmente constituído, através de procuração em que constem poderes específicos para receber e dar quitação. Nos casos de Segurados menores de 18 anos de idade, indicados como favorecidos em recibos e/ou notas fiscais, o pagamento ocorrerá em conta corrente do responsável legal.

9.10. 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 recontagem do prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

9.11. 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 influenciado 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.

9.11.1. Os casos de solicitações de reembolso ou prévia em que haja, por parte da seguradora, discordância técnico-assistencial com relação à indicação dos procedimentos/terapias e/ou solicitação dos materiais frente ao quadro clínico do segurado, poderá ser instaurada Junta Médica a fim de dirimir a divergência.

9.11.2. A divisão de recibos (fracionamento de valor), solicitação de reembolso de procedimentos não realizados, emissão de recibo de procedimentos divergente do que foi efetivamente realizado, constitui crime e fraude previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro e desobriga a Seguradora de realizar o reembolso desse valor.

9.11.3. As solicitações de reembolso com comprovação através de ligação, WhatsApp e demais que não foram solicitadas pelo Segurado, serão recusadas e será solicitado o reset do login e senha do segurado, visto que o compartilhamento de login e senha com terceiros não é de responsabilidade da SEGURADORA.

9.12. 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).

9.13. Ao optar por realizar atendimentos com profissional de sua livre escolha, a SEGURADORA, não se responsabilizará pela qualidade dos serviços prestados por estes.

9.14. Não será garantido o reembolso de quaisquer despesas médico-hospitalares realizada pelo Segurado em prestadores integrantes da Rede Referenciada da SEGURADORA, observados os serviços que os prestadores credenciados estarão habilitados a executar de acordo com o contrato mantido entre o prestador e a SEGURADORA.

9.15. REFERENCIAL PARA REEMBOLSO DE DESPESAS

9.15.1. O valor referencial para reembolso das despesas médico-hospitalares, é 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 de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA (Quantidade de CMS do Respectivo Procedimento).

9.15.2. O valor, em moeda corrente no país, do CMS (Coeficiente Médico da SEGURADORA), estipulado contratualmente e aplicado à Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da SEGURADORA está previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

9.15.2.1. O reajuste da referida moeda de reembolso – CMS (Coeficiente Médico da SEGURADORA) se dará da seguinte forma:

- a. Será aplicado reajuste de 50 % (cinquenta por cento) do índice FIPE-Saúde, acumulado nos últimos 12 meses, considerando data base fevereiro, que valerá por 1 (um) ano.
- b. Caso seja de interesse, o reajuste da moeda pode ainda, ser estabelecido por livre negociação entre as partes.

9.16. MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

9.16.1. 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 do Seguro.

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.

10.2. O cartão de identificação do segurado será disponibilizado no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua inclusão no Seguro. Caso o Segurado, nesse período, necessite utilizar a Rede Referenciada, deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas), da SEGURADORA. Os eventos cobertos poderão ser realizados, também, mediante reembolso, nos limites e demais condições contratuais.

10.2.1. Ficará à disposição do Segurado, a imagem da carteirinha virtual no aplicativo móvel e portal da SEGURADORA, podendo esta substituir a apresentação da carteirinha física.

10.3. A realização dos procedimentos terapêuticos e médico-hospitalares, descritos a seguir, dependerá, obrigatoriamente, de solicitação do Médico Assistente e 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; videolaringoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; eletromiografia e eletroneuromiografia; Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD (diálise peritonial contínua ambulatorial); quimioterapia; radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia; cesioterapia; eletroterapia; radiomoldagem; radioimplantes e braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, hemoterapia ambulatorial; consultas / sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, psicoterapia, psicopedagogia, psicomotricidade, integração sensorial, avaliação neuropsicológica, terapia ocupacional, musicoterapia, aromaterapia, arteterapia, massoterapia, terapias de florais, cromoterapia e reflexoterapia; consultas por nutricionista, avaliação nutrológica e de nutrição parenteral ou enteral por médico nutrologista, incluindo ainda todas as terapias especiais multidisciplinares com as suas metodologias (Aba, Bobath, Teacch, Denver, Peccs e Cuevas), que envolvem o tratamento dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) e outros Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) previstos no CID. 10 - F 84, 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 e conforme prazos estabelecidos em legislação vigente.

10.5.1. Para autorização de qualquer terapia, o segurado deverá encaminhar à SEGURADORA, o pedido médico com a indicação do médico assistente juntamente com relatório do profissional/terapeuta contendo a descrição do plano terapêutico. A cada 03 (três) meses, caso seja necessário a continuidade do tratamento, será necessário o envio pedido médico atualizado, juntamente com o relatório da evolução do quadro clínico, para avaliação da SEGURADORA.

10.5.1.1. A quantidade das sessões e/ou terapias continuadas deverão ser solicitadas de forma periódica, ou seja, o prestador deverá solicitar a autorização das sessões que serão realizadas mensalmente, devendo repetir as solicitações de forma mensal até o final do tratamento ou, no caso de sessões com limite de cobertura, que se esgotem as sessões previstas contratualmente.

10.5.1.1.1. A SEGURADORA reserva-se o direito de solicitar informações complementares ao Médico Assistente, sempre que julgar necessário.

10.5.2. Conforme informado no item 3.3. REDE REFERENCIADA subitem i., as solicitações, previamente indicadas pelos médicos assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamento da SEGURADORA, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, conforme prazos estabelecidos na legislação vigente, contado da data do recebimento da solicitação.

10.5.3. As demais solicitações, previamente indicadas pelos médicos-assistentes, para realização dos procedimentos cobertos, serão recebidas pela Central de Relacionamento da SEGURADORA, sendo que serão emitidas as autorizações em tempo hábil, de acordo com o previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/22 e suas atualizações.

10.6. Em relação aos pedidos médicos para transplante previsto no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente e transtornos psiquiátricos, o fornecimento de autorização para atendimento será de acordo com os prazos da legislação vigente, contados a partir do momento da recepção da solicitação, a qual deverá ser enviada por uma das formas descritas no item anterior.

10.7. 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.

10.7.1. A SEGURADORA poderá indicar ao Segurado prestador não pertencente à Rede Referenciada para o atendimento quando não houver recurso credenciado disponível, conforme o procedimento ou especialidade, por meio de acordo eventual sendo que nessas situações as despesas serão pagas pela SEGURADORA diretamente ao prestador, sem desembolso para o Segurado.

10.7.1.1. Na hipótese de a SEGURADORA possuir/constituir Rede Referenciada para o procedimento ou especialidade demandada, a SEGURADORA promoverá a indicação do recurso credenciado ao Segurado para a utilização dos serviços referenciados, nos termos do item 10.1., ficando facultado ao Segurado, após a indicação da SEGURADORA, valer-se da regra do item 10.7. (acesso a livre escolha de prestadores), com pagamento de reembolso nos limites do contrato, caso deseje a manutenção do atendimento no recurso mencionado no item 10.7.1.

10.8. 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.

10.9. Conforme previsto nos subitens “e.” e “f.” do item 3.3. REDE REFERENCIADA, a substituição da Rede Referenciada hospitalar ocorrerá, mediante comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitadas as condições estabelecidas na legislação vigente.

10.10. Conforme previsto nos subitens “g.” e “h.” do item 3.3. REDE REFERENCIADA, a Seguradora, disponibilizará ao segurado o acesso ao Guia Médico, no qual constará a relação de recursos da rede credenciada diretamente pela SEGURADORA, bem como por intermediação das Cooperativas Unimed, de acordo com o plano contratado.

10.11. O Segurado poderá consultar a rede referenciada disponível para seu produto/plano por meio do site www.segurosunimed.com.br/guia-medico, pelos telefones (24 horas por dia): ‘0800 016 66 33’ (Atendimento Nacional) ou ‘0800 770 36 11’ (Atendimento ao Deficiente Auditivo) ou por meio de aplicativo móvel, conforme previsto no item 3.3. REDE REFERENCIADA subitem “h.”.

10.12. COPARTICIPAÇÃO

10.12.1. Este seguro saúde não prevê coparticipação.

10.13. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

10.13.1. 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.

10.13.2. Não havendo consenso na escolha do desempatador, a junta médica será instituída conforme critérios estabelecidos na legislação vigente.

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

10.13.4. A junta médica seguirá, além do disposto neste contrato, a legislação em vigor, no momento de sua constituição.

10.14. Para os procedimentos previstos na subcláusula 10.3, ao utilizar-se da livre escolha de prestadores nos termos da Cláusula IX deste contrato, o segurado deverá solicitar autorização prévia para confirmação da cobertura por meio da central de relacionamento da SEGURADORA, como medida de controle, não havendo qualquer interferência na liberdade da escolha do prestador e/ou impedimento no seguimento da realização do procedimento.

10.14.1. Ainda sobre a utilização da livre escolha de prestadores, para se utilizar deste mecanismo, se faz necessário o cadastro de biometria facial em aplicativo da SEGURADORA, visando o envio de documentações para o efetivo registro da solicitação de reembolso.

XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

11.1.1. Entende-se por preestabelecido, 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, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

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 suspensão das coberturas contratuais, conforme previsto nestas Condições Gerais.

11.3.6.1. O não pagamento na data aprazada, configurará pendência financeira em nome do ESTIPULANTE, cuja não regularização no prazo de 30 dias, poderá acarretar em adoção de medidas para a recuperação do crédito, tais como a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito e/ou a interposição de medida judicial.

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, que 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 à 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.

11.3.12. Caberá, também ao ESTIPULANTE o pagamento de diferenças decorrentes de faturamento de eventuais cobranças pró-rata originadas em razão do descumprimento do prazo previsto no item 2.1.10.1. e em decorrência de pedido de exclusão realizado pelo beneficiário individual direcionado diretamente à SEGURADORA, conforme previsto na Resolução Normativa ANS nº. 561/22 e suas atualizações.

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 do Contrato, momento em que será aplicado o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens seguintes) e o Reajuste por Sinistralidade, sendo este último em estrita conformidade com a quantidade de Segurados ativos vinculados ao Contrato e que será baseado no disposto no item 12.3.1. (e subitens seguintes), item 12.3.2. (e subitens seguintes) ou item 12.3.3. (e subitens seguintes), além do previsto na Proposta de Contratação do Seguro, ressalvado, ainda, o disposto no item 12.4., todos desta Cláusula XII.

12.2. REAJUSTE FINANCEIRO – APLICÁVEL A TODOS OS CONTRATOS

12.2.1. O Reajuste Financeiro (RF) 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:

$$RF = \sum_{i=1}^w p_i \cdot IndcEC_i + Y + Z$$

Onde:

p_i = Peso do Item de Despesa de ordem i definidos pela SEGURADORA;

$IndcEC_i$ = Índice econômico acumulado no período de apuração ou índice de reajuste decorrente da alteração de valores contratuais, aplicado ao item de despesa de ordem i ;

Y = impacto decorrente da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos, em atendimento as regulamentações vigentes;

Z = impacto nos custos administrativos e nas despesas não assistenciais.

12.2.2. O Reajuste Financeiro (RF) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

12.3.1. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos – Contrato agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.1.1. De acordo com as normas vigentes do setor de saúde suplementar é obrigatório a formação do chamado “Agrupamento de Contratos Coletivos”, para os Contratos com quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados) para o cálculo do percentual de Reajuste Único – PRU (item 12.3.1.9.), o qual tem por finalidade promover a distribuição do risco entre os Contratos Coletivos que compõem o referido Agrupamento.

12.3.1.1.1. Caso a quantidade de Segurados ativos do contrato supere a quantidade de 29 (vinte e nove), este Contrato ficará desagregado do Agrupamento de Contratos Coletivos e, por conseguinte, será aplicado o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade, conforme as regras previstas para os Contratos com mais de 30 (trinta) Segurados ativos (item 12.3.2. ou item 12.3.3.).

12.3.1.2. Os Contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) Segurados ativos serão todos Agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano contratado e será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

12.3.1.3. A primeira apuração de quantidade de Segurados ativos do Contrato terá como mês de referência o mês de assinatura da Proposta de Contratação do Seguro, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do Contrato.

12.3.1.4. Será considerado um Contrato agregado ao Agrupamento aquele que possuir quantidade igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Segurados ativos na data acima estabelecida, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de Segurados.

12.3.1.5. O percentual de reajuste somente será aplicado aos Contratos agregados ao Agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se forem agregados ao Agrupamento no momento de sua assinatura.

12.3.1.6. A apuração da quantidade de Segurados ativos do Contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

12.3.1.7. A quantidade de Segurados em um Contrato 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 do Contrato.

12.3.1.8. Em se tratando de Contrato firmado entre a SEGURADORA e uma Administradora de Benefícios - na condição de Estipulante - para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta todos os segurados vinculados ao Contrato firmado junto a Administradora de Benefícios.

12.3.1.8.1. Na situação onde a Administradora de Benefícios figure na condição de prestadora de serviços para pessoa jurídica contratante, para apuração da quantidade de Segurados, a SEGURADORA levará em conta os segurados vinculados a cada Contrato firmado.

12.3.1.9. O percentual de Reajuste Único (PRU) será obtido considerando a composição dos resultados encontrados entre o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento, sendo:

$$PRU = RF + RS$$

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

RF = Reajuste Financeiro;

RS = Reajuste por Sinistralidade dos Contratos que fazem parte do Agrupamento.

12.3.1.9.1. Já o percentual do Reajuste por Sinistralidade (RS) será dado por:

$$RS = \frac{\text{Sinistro}}{0,70 \times PR} - 1$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos, alocados na data de seu pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, no período de apuração, dos contratos pertencentes ao Agrupamento de Contratos Coletivos, substituindo-se os dados dos 5 (cinco) primeiros meses de cada contrato, quando aplicável, pela multiplicação do sinistro per capita mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada Contrato.

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

12.3.1.9.1.1. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3.1.9.1.2. O Período de Apuração dos Prêmios Recebidos e Sinistros corresponderá aos 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

12.3.2. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade entre 30 (trinta) e

99 (noventa e nove) Segurados ativos – Contrato NÃO Agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.2.1. Para o Contrato em que, no seu último aniversário tenha quantidade entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) Segurados ativos (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens das Condições Gerais) e, ainda, quando necessário, o Reajuste por Sinistralidade, caso este ultrapasse o percentual previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

12.3.2.2. A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita a seguir:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistro}}{\text{PR}}$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos do Contrato, alocados na data de pagamento líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, dentro do período de apuração;

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração.

12.3.2.3. Na 1ª (primeira) avaliação do reajuste por sinistralidade, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês seguinte ao do seu aniversário.

12.3.2.4. As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. O reajuste será sempre aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

12.3.2.5. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.3.2.6. O percentual do Reajuste por Sinistralidade (RS), adicionado ao Reajuste Financeiro (RF), conforme item 12.2. destas Condições Gerais, será aplicado de acordo com a tabela abaixo, considerando a sinistralidade obtida no item 12.3.2.2.:

Sinistralidade	Reajuste por Sinistralidade (RS)
Até 70%	0%
70,01 a 80%	5%
80,01 a 90%	10%
90,01 a 100%	15%
100,01% a 110%	20%
110,01% a 120%	30%

Mais de 120,01%	35%
-----------------	-----

12.3.3. Reajuste por Sinistralidade aplicável aos Contratos Coletivos com quantidade igual ou superior a 100 (cem) Segurados – Contrato NÃO Agregado ao Agrupamento de Contratos Coletivos:

12.3.3.1. Para o Contrato em que, no seu último aniversário tenha quantidade igual ou superior a 100 (cem) Segurados (Titulares, Dependentes e Agregados), será aplicado, no seu aniversário, o Reajuste Financeiro (item 12.2. e subitens das Condições Gerais) e, ainda, quando necessário, o Reajuste por Sinistralidade, caso este ultrapasse o percentual previsto na Proposta de Contratação do Seguro.

12.3.3.2. A SEGURADORA realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade (RS) do Contrato de acordo com a formulação descrita a seguir:

$$RS = \frac{\text{Sinistro}}{\beta \times PR} - 1$$

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos do Contrato, alocados na data de pagamento, líquido de coparticipação, quando houver e recuperação de sinistro, dentro do período de apuração;

PR = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração;

β = sinistralidade informada na proposta de contratação do Seguro;

12.3.3.3. Na 1ª (primeira) avaliação do reajuste por sinistralidade, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês seguinte ao do seu aniversário.

12.3.3.4. As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. O reajuste será sempre aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

12.3.3.5. O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

12.4. Além dos reajustes previstos nos itens 12.1., 12.2., 12.3., visando o equilíbrio técnico do Contrato, a SEGURADORA reserva-se o direito de recalculer 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 do Seguro.

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;
- c. Ampliação das coberturas do Seguro; ou
- 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. O percentual de reajuste visando o equilíbrio econômico do contrato será comunicado pela SEGURADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nos termos e prazos previstos na legislação em vigor.

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

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:

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

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 pela SEGURADORA, serão cobrados, mensalmente, os valores de prêmios indicados na Proposta de Contratação do Seguro.

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 do Seguro.

13.3.3. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 488/22 da ANS e suas atualizações, a SEGURADORA prevê na Proposta de Contratação do Seguro 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 do Seguro, quando da manutenção daqueles Segurados que aderirem ao benefício de demitidos ou aposentados, os prêmios serão demonstrados por faixa etária.

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 farão parte integrante deste contrato.

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 Titular 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 Titular 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 Titular.

15.1.3. O Segurado Titular 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 Titular não se manifeste no prazo de 30 dias, perderá, por decurso de prazo, o direito de manutenção, 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 Titular 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 Titular for admitido em novo emprego ou passar a exercer nova atividade remunerada que possibilite o ingresso em novo plano de assistência à 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 Titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes 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', sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

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 Titular, 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 a solicitação de exclusão nos termos da Resolução Normativa n.º 561 e respectivas atualizações;
- d. 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 Titular, dos Segurados Dependentes e Agregados, 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 Titular a que estiverem vinculados, nas hipóteses previstas nestas Condições Gerais; e
- b. com a perda das condições de dependência estabelecidas nestas Condições Gerais.
- c. com a solicitação de exclusão nos termos da Resolução Normativa n.º 561/22 e respectivas atualizações.

16.5. O Segurado Titular 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 e Agregado 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).
- d. Na hipótese de contratação por empresário individual, caso este, ao ser notificado pela SEGURADORA, com 60 (sessenta) dias de antecedência ao aniversário do contrato, não comprove a regularidade quanto à inscrição nos órgãos competentes, bem como a regularidade cadastral junto à Receita Federal, o contrato será rescindido.

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) eventual(is) fatura(s) em atraso o Seguro poderá ser imediatamente cancelado.

17.4. O contrato poderá ser resiliado 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.

17.4.1. A SEGURADORA poderá cancelar/rescindir a cobertura individual do Segurado, seus Dependentes e Agregados, quando houver, nos casos em que decorrer 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, da suspensão por falta de pagamento do prêmio relatada pelo ESTIPULANTE na movimentação.

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 resilido:

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

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 antes do período previsto no item 5.1., destas condições gerais 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 rescisão 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 a 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. Os pedidos de reembolsos cujos procedimentos tenham sido realizados no período de suspensão da cobertura, em virtude da inadimplência, serão imediatamente negados pela SEGURADORA. Entretanto, em havendo a quitação total dos prêmios em atraso, dentro dos prazos previstos nestas condições gerais – e antes do cancelamento do Contrato - poderá a SEGURADORA reavaliar os pedidos, devendo a documentação ser novamente apresentada após a quitação dos débitos.

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 coberturas 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).

17.17. Igualmente na hipótese de cancelamento/rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a ESTIPULANTE compromete-se a ressarcir a SEGURADORA de todos os pagamentos efetuados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, à título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, dos atendimentos realizados no curso da vigência do contrato, cuja cobrança tenha sido recebida pela SEGURADORA e não incluída no cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato.

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) Proposta de Contratação do Seguro;

B) Consoante se extrai do conteúdo da regulamentação vigente de acordo com as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deverá ser disponibilizado aos proponentes/Segurados que fazem parte da massa segurável/segurada vinculada ao ESTIPULANTE, ou a pessoa jurídica elegível quando participante da apólice (Subestipulante) 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 disponibilizará 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 disponibilizados ao ESTIPULANTE por meio digital.

B4) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) também estará à disposição

(para leitura e impressão) por meio do site www.segurosunimed.com.br.

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

B6) Farão parte integrante do contrato os documentos entregues ao segurado referentes ao seguro saúde.

18.2. UTILIZAÇÃO INDEVIDA

18.2.1. Quando os Segurados possuírem o cartão físico, o ESTIPULANTE fica obrigado a comprovar o recolhimento dos Cartões de Identificação, ou devolvê-los à SEGURADORA, mediante protocolo, além de obrigado a orientar os Segurados para abstenção quanto a utilização do plano por meio de cartão digital, 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 Titular 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 à sua responsabilidade e previstas nestas Condições Gerais;
- b) contra o Segurado, nas demais hipóteses.

18.2.4. O ESTIPULANTE reconhece como dívida líquida e certas 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. RESSARCIMENTO AO SUS

18.6.1. A ESTIPULANTE, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei 9656/98, todos os atendimentos médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde a quaisquer dos segurados do presente Contrato serão cobrados da SEGURADORA pela ANS, constituindo-se, desta forma, em custos assistenciais da Contratante, e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

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, ou vinculadas através do artigo 29 da Resolução Normativa nº 557/22 e suas atualizações, 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.

18.8.4. A solicitação de portabilidade de carências feita pelo Segurado entre planos contratados pelo ESTIPULANTE diretamente à SEGURADORA, seguirá o fluxo padrão de verificação dos requisitos previstos na legislação vigente estipulados pela ANS, sem comunicação prévia ao ESTIPULANTE, sendo responsabilidade exclusiva do ESTIPULANTE comunicar aos seus colaboradores as regras de benefícios

relacionadas ao cargo que o colaborador exerce, principalmente, se há alguma vedação para realização de portabilidade de carências entre planos contratados pelo ESTIPULANTE (upgrade ou downgrade) com a SEGURADORA.

18.9. NOVAÇÃO

18.9.1. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não implica 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 transferidas ou cedidas, 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 557/22 e suas atualizações, 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 à aplicação fática dos normativos emanados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.10.10. O ESTIPULANTE se compromete a manter as Condições Gerais do(s) Produto(s) em local de fácil acesso para serem consultadas, a qualquer momento, por todo e qualquer segurado inscrito no contrato.

18.10.11. O ESTIPULANTE poderá confirmar a situação cadastral da SEGURADORA pelo site www.ans.gov.br.

18.10.12. Na hipótese da SEGURADORA ser compelida a (i) reincluir um segurado no contrato, com garantia da manutenção de atendimento do segurado anteriormente excluído ou (ii) de um procedimento que não possui cobertura contratual, nem tampouco previsto no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde- ANS, nos termos previstos nestas Condições Gerais, seja o beneficiário ativo ou inativo, as utilizações serão consideradas no cálculo do reajuste por sinistralidade conforme previsto no item XII destas Condições Gerais.

18.11. COMUNICAÇÃO E ACESSO

18.11.1. As partes concordam que os comunicados/notificações relativos a este Seguro Saúde, inclusive, mas a estes não se limitando, sobre eventual aplicação de Carência e Cobertura Parcial Temporária, Inadimplência, Cancelamento, bem como, o envio de boletos e faturas, poderão ocorrer por qualquer meio eletrônico, sem prejuízo da forma física.

18.12. DEFINIÇÕES

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;

- Ano de contrato - período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente, seja o contrato individual/familiar ou coletivo.
- Apólice é o número gerado pela SEGURADORA, após a aceitação da Proposta de Contratação do Seguro, que rege o contrato de Seguro e reúne todo conjunto de empresas coligadas vinculadas ao ESTIPULANTE principal.
- 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 individualiza o segurado e que contém informações sobre o tipo de acomodação, coberturas parciais temporárias (CPT), carência e outros dados necessários para facilitação do atendimento junto à Rede Referenciada;
- Cartão proposta é o documento preenchido pelo Segurado Titular, 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 – 10ª 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 Titular, 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 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, não prevista 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 preestabelecida;
- 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 Titular, 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 reumatoide, 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 à 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 repercussões 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;
- Procedimentos de Alto Custo são os procedimentos de maior complexidade que exigem autorização prévia da SEGURADORA e/ou utilização de equipamentos de alta tecnologia para a sua realização, os quais estão previstos na Tabela de Correlação TUSS - Rol da ANS, sob a denominação PAC - Procedimento de Alta Complexidade, atualizada periodicamente pela Agência Nacional de Saúde.
- Proponente é o candidato a Segurado, em processo de análise para aceitação no Seguro;
- Proposta de Contratação do Seguro 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;
- 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;
- 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 física, efetivamente incluída no seguro, vinculada ao SEGURADO TITULAR, conforme definido na Proposta de Contratação/ Condições Gerais, efetivamente incluído no seguro;
- Segurado Titular é a pessoa física elegível 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;
- TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇOS HOSPITALARES DA SEGURADORA 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.
- Vigência é o período em que estão em vigor as coberturas deste seguro.

XIX- ELEIÇÃO DE FORO

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

ANEXOS

ANEXO I - CORPORATIVO COMPACTO ENF - 475.566/16-9

O presente Anexo I é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Compacto Enf.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.566/16-9;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Coletiva;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros, com substância líquida por técnica tradicional (não há cobertura para técnica à laser ou com espuma conforme cláusula IV, item a.1). Com cobertura limitada a 12 (doze) sessões, por segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 10 (dez) sessões, por segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.3. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação em enfermaria, que compreende quarto coletivo.

4.2. No momento da internação, caso o estabelecimento não disponha de vaga no padrão enfermaria, o Segurado poderá utilizar-se de acomodação superior sem ônus adicional, observando-se que:

- a) essa acomodação prevalecerá apenas e tão somente até que fique disponível a vaga para a acomodação prevista para o plano contratado;
- b) esse direito lhe será assegurado somente nos estabelecimentos previstos para atendimento ao Plano contratado.
- c) não sendo observadas as condições previstas no item acima, as despesas decorrentes da utilização da acomodação superior, inclusive as de honorários médicos complementares, deverão ser assumidas pelo Segurado ou seu responsável e pagas diretamente aos prestadores dos serviços.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO II - CORPORATIVO EFETIVO APTO - 475.585/16-5

O presente Anexo II é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Efetivo Apto.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.585/16-5;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 10 (dez) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.3. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO III - CORPORATIVO COMPLETO APTO - 475.574/16-0

O presente Anexo III é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Completo Apto.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.574/16-0;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 20 (vinte) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 20 (vinte) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora.

2.2.4. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos e para o acompanhante de pessoas idosas a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou, ainda, para o acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto nos casos de internação em UTI ou similar.

ANEXO IV - CORPORATIVO SUPERIOR APTO - 475.578/16-2

O presente Anexo IV é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Superior Apto.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.578/16-2;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.4.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.4.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

2.2.5. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. "REMISSÃO" e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.

ANEXO V – CORPORATIVO SUPERIOR PLUS APTO - 495.127/23-1

O presente Anexo V é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Superior Plus Apto.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 495.127/23-1
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Prestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 30 (trinta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.4.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.4.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.

ANEXO VI – CORPORATIVO SÊNIOR APTO - 475.567/16-7

O presente Anexo VI é parte integrante do Contrato e Condições Gerais de Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde, firmado com a Estipulante indicada na Proposta de Contratação do Seguro por ocasião da contratação e ratifica as características do plano contratado.

1. CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

- a) **Nome do Produto:** Corporativo Sênior Apto.;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.567/16-7;
- d) **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- e) **Abrangência Geográfica:** Nacional;
- f) **Área de Atuação:** Nacional;
- g) **Padrão de Acomodação:** Individual;
- h) **Formação de Preço:** Preestabelecido.

2. COBERTURAS CONTRATUAIS EXTRA ROL

2.1. Este plano possui as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, observado o quanto disposto na cláusula III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS constante na Condição Geral.

2.2. Além das coberturas acima elencadas estarão cobertos os procedimentos a seguir reproduzidos:

2.2.1. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com substância líquida por técnica tradicional, limitada a 12 (doze) sessões, por Segurado, por ano de contrato, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.2. Sessões de R.P.G. (Reeducação Postural Global), limitadas a 40 (quarenta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, desde que devidamente justificado através de relatório do médico assistente e relatório do especialista, quando realizada por meio de livre escolha, o valor reembolsado estará limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.3. Sessões de Hidroterapia limitada a 40 (quarenta) sessões, por Segurado, por ano de contrato, somente por sistema de reembolso, limitado ao valor previsto na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora;

2.2.4. Cirurgia Oftalmológica Refrativa (PRK ou Lasik): 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:

2.2.3.1. miopia moderada e grave, de graus entre -3,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

2.2.3.2. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

2.2.5. Outros Transplantes: Além das situações oriundas de Lei e previstas nestas condições gerais, também haverá cobertura para **transplante de coração, pâncreas e pulmão**, exclusivamente pelo sistema de reembolso, com limites previstos na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora e proposta de contratação do Seguro.

2.2.6. Check-up: Haverá cobertura para *check-up*, através do sistema de reembolso ou rede referenciada, dentro dos limites e tabela de periodicidade preestabelecidos na Proposta de Contratação do Seguro, exclusivamente para o Segurado Titular.

2.2.7. Vacinas: 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.

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.

A cobertura ocorrerá somente por meio do sistema de livre escolha de prestador (reembolso), conforme as vacinas referenciadas e limites de reembolso previstos na Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da Seguradora e na Proposta de Contratação do Seguro.

2.2.8. 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. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

3.1. REMISSÃO

Cobertura de até 1 (um) ano para Segurados cadastrados neste plano, exceto Inativos e Agregados, observadas as disposições do item 3.1.8.1. “REMISSÃO” e seus subitens, das Condições Gerais do Seguro Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde.

4. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

4.1. Este plano possui acomodação individual em apartamento, que compreende quarto privativo, com banheiro privativo de acordo com a disponibilidade do hospital, pelo prazo normalmente utilizado, prorrogável mediante justificativa do médico assistente.

4.2. 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.

4.3. Cobertura de acomodação e refeição, fornecida pelo hospital ao acompanhante de segurado internado de qualquer idade.



Unimed Seguros Saúde S.A. - CNPJ/MF 04.487.255/0001-81
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br

S-564 V10 07/2024

Fatura

Fatura Mensal de Prêmio de Seguros

Estipulante:

CNPJ:

A/C :

Período de Vigência XX/XX/XXX a XX/XX/XXX	Data de Emissão XX/XX/XXX	Vencimento XX/XX/XXX
Número da Fatura XXXXXXX	Apólice XXXXXXX	Agente XXXX

Histórico

Plano	Descrição		Total		
			Vidas	Ajustes	Prêmio Bruto
XXX	UNIMED SEGURO SAUDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XXX	UNIMED SEGURO SAÚDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XX	UNIMED SEGURO SAÚDE XXXXXXXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Totais:			XXXX	XXXX	XXXX

Efetuar pagamento conforme boleto enviado.

Totais

Prêmio Bruto:

IOF Prêmio Bruto:

Ajustes de Prêmio:

IOF Ajustes de Prêmio:

IOF Total:

Prêmio Líquido:

Ajustes Custo Operacional

Ajustes Coparticipação

Total fatura

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica

ANS - nº 00.070-1

UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A - CNPJ/MF: 04.487.255/0001-81

Al Ministro Rocha Azevedo, 366 CEP 01410-901 São Paulo SP

Tel 08000166633 Fax

www.segurosunimed.com.br