

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
PLANO - UNIFLEX VALE COLETIVO/ADESÃO (P. FÍSICA)**

CONTRATO Nº _____

ASSOCIADOS: Todos os filiados ou associados a ESTIPULANTE.

ESTIPULANTE: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BLUMENAU, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CGC 82.666.207/0001-64, e Inscrição Estadual Isenta, com sede à Rua Victor Konder, Nº 2, na cidade de Blumenau - SC.

CONTRATADA: UNIMED DE BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CGC Nº 82.624.776/0001-47 e Inscrição Estadual Isenta, com sede à Rua Das Missões, Nº 455, na cidade de Blumenau- SC.
Operadora Registro SUSEP nº 33.456

CLÁUSULA PRIMEIRA – Objeto do Contrato

1.1 - Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima designadas têm justa e contratada a prestação de serviços de assistência médica hospitalar, de diagnóstico e terapia, e odontologia, na forma das cláusulas e condições que seguem.

1.2 – O presente contrato está de acordo com a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

1.3 – Este contrato compõe o Plano de Referência previsto em Lei, podendo, a critério da ESTIPULANTE e do ASSOCIADO, ser adquirido nas seguintes coberturas:

1. Cobertura Hospitalar – Apartamento
2. Cobertura Hospitalar – Enfermaria
3. Cobertura Ambulatorial
4. Cobertura Obstétrica
5. Cobertura Odontológica

1.4 - A CONTRATADA prestará serviços aos usuários do presente contrato, conforme descrição nas cobertura em anexo, que são parte integrante deste, e segundo a opção da ESTIPULANTE, após cumprimento das carências aqui previstas, sempre contados a partir da data de início da vigência.

1.5 – Cada ASSOCIADO poderá optar pelo plano, que melhor lhe convenha, hipótese em que deverá preencher Ficha de Adesão, com a anuência da ESTIPULANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA – Conceitos e Definições

2.1 – Os conceitos e definições a seguir, integram as condições gerais do contrato de cobertura de assistência médica, hospitalar e odontológica:

Acidente pessoal é evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Acidente do trabalho é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.

Agravo é o acréscimo no valor das mensalidades, devido as doenças e lesões preexistentes.

Ambulatório é a estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários.

Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internação.

Apartamento standard acomodação hospitalar individual com banheiro privativo e direito a acompanhante.

Associado é a pessoa física, associada ou filiada a Estipulante que adquire para si e seus dependentes um plano de saúde.

Atendimento de emergência é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Atendimento de urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Avaliação médica para doenças ou lesões preexistentes é a avaliação realizada pelo médico perito, com o objetivo de verificar as condições físicas do usuário, e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes. Poderão ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da preexistência.

Beneficiário é aquele que é favorecido pelo benefício.

Benefício é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, na condição expressa do contrato.

Cálculo atuarial é o cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições.

Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

Cartão individual de identificação é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é também o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CID é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS – Organização Mundial da Saúde.

Coberturas são os procedimentos que o usuário tem direito.

Consulta é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

Co-participação é o valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas dos serviços prestados aos usuários, o qual o ASSOCIADO se obriga a pagar à CONTRATADA.

Contratada é a UNIMED identificada na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

Contrato é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos da ESTIPULANTE, do ASSOCIADO e da CONTRATADA.

Contrato Coletivo Normal é o tipo de contrato onde são cadastrados a totalidade dos usuários propostos, independente do interesse individual.

Contrato Coletivo por Adesão é o contrato onde somente são cadastrados os usuários que tem interesse em participar do plano.

Declaração de Saúde é o questionário fornecido pela CONTRATADA, devendo ser preenchido pelos usuários do ASSOCIADO e cada um de seus dependentes, e se destina a declarar a existência de doenças preexistentes, bem como avaliar seu estado de saúde.

Dependentes são os usuários descritos na Cláusula VII do contrato, dependentes por lei diretamente do titular.

Doença é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico-hospitalar ou odontológico.

Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que os usuários do ASSOCIADO e seus dependentes saibam ser portadores ou sofrendores, na época da contratação do plano de assistência a saúde.

Eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Estipulante é a pessoa jurídica que contrata um plano de saúde coletivamente, em nome dos associados, com os quais possui vínculo jurídico, ficando investida dos poderes de representação perante a Operadora.

Evento é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, odontológica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário ou de seus dependentes, em decorrência de acidente ou doenças, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato 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 usuário, ou com a sua morte.

Exames são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

FEA – Fundo de Extensão Assistencial é o plano de extensão assistencial, oferecido como benefício no caso do falecimento do usuário titular, inscrito há mais de 06 (seis) meses e desde que as mensalidades estejam em dia na data do óbito, através do qual os dependentes inscritos tenham direito aos serviços previstos no plano em que se encontravam inscritos, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito.

Ficha de Adesão é o documento com o qual o ASSOCIADO adere ao contrato. É validado pela OPERADORA, preenchido pelo ASSOCIADO em 3 (três) vias com identificação, qualificação, relação dos dependentes e opção das coberturas e com anuência da ESTIPULANTE. Os usuários inscritos terão direito a cobertura do contrato, somente após a assinatura da CONTRATADA e início da vigência do documento.

Franquia é o valor limite, fixado em reais, que o usuário terá como participação no custo, em determinado procedimento.

Guia Médico é a relação de médicos cooperados, serviços próprios e credenciados, fornecidos aos usuários.

Inscrição é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado a aceitação da CONTRATADA.

Internação hospitalar é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Manual do Usuário é o manual de instruções de como proceder nas mais diversas situações, decorrentes deste contrato.

Médico Cooperado é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

Mensalidade é o valor pecuniário relativo a cada usuário a ser pago mensalmente pelo ASSOCIADO, em face das coberturas previstas.

Operadora é a pessoa jurídica responsável pela elaboração e comercialização do produto, que representa a CONTRATADA, responsável pelo contrato firmado com a ESTIPULANTE.

Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, durante o ato cirúrgico.

Plano é a opção de coberturas adquiridas pelo ASSOCIADO.

Plano de Referência é o plano previsto na Lei nº 9.656/98 e composto pelas coberturas “2”, “3”, “4” e “5”.

Prazo é o período de duração.

Procedimentos médicos ambulatoriais são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapasse o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Proposta de Adesão é o documento validado pela OPERADORA, preenchido pela ESTIPULANTE e CONTRATADA, que firma as condições do Contrato. Os usuários da ESTIPULANTE terão direito a cobertura do contrato, somente após a assinatura da CONTRATADA neste documento e após o início da vigência do contrato.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função, utilizada no ato cirúrgico.

Recursos ou serviços credenciados/contratados são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para o atendimento médico-hospitalar ou odontológico, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim por terceiros.

Recursos próprios são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa.

Reembolso é a devolução de valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede da CONTRATADA, até o limite da tabela referência de valores praticados pela Unimed.

Tabela de Referência Unimed é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que seja necessária a aferição ou reembolso de valores dos serviços de assistência à saúde.

Titular é o usuário filiado ou associado a ESTIPULANTE inscrito como tal.

Unimed é uma Cooperativa de Trabalho Médico, regida pela Lei N° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

Usuário é a pessoa física inscrita pela ESTIPULANTE e aceita pela CONTRATADA, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependentes, conforme definido na Cláusula VII.

Vigência é a data a partir da qual passam a estar em vigor os termos deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – Procedimentos Cobertos

3.1 - Tem por objetivo garantir aos usuários titulares do ASSOCIADO e seus dependentes, **desde que incluídos no contrato**, a cobertura de despesas médicas, ambulatoriais, hospitalares e odontológicas, por eles efetuadas na rede própria, credenciada pela UNIMED e junto a seus médicos cooperados, em consequência de eventos cobertos, decorrentes de acidentes ou doenças constantes do Rol de Procedimentos Médicos, conforme Resolução nº 10 de 10 de novembro de 1.998, do CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, **observadas as condições de cobertura e exclusões aqui contratadas.**

3.2 – Estão cobertos também os serviços de transporte de pacientes, dentro das condições previstas na Cláusula Décima Segunda.

CLÁUSULA QUARTA – Procedimentos Excluídos

4.1 - Estão excluídas da cobertura deste contrato as despesas decorrentes de:

- a) consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) inseminação artificial;
- d) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Procedimentos odontológicos não previstos nas coberturas odontológica e hospitalar;
- i) Tratamentos definidos como ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- k) Transplantes, a exceção de córnea e rim;
- l) Consultas domiciliares;
- m) Atendimento pré-natal quando não incluir obstetrícia ou cobertura ambulatorial;
- n) Medicação de manutenção para pacientes transplantados;
- o) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.

- p) “Check-up”, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica;
- q) Exames admissionais, demissionais e periódicos;
- r) Acidente do Trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho.
- s) Consultas de retorno, ou para entrega e análise de exames, e ainda exames ambulatoriais que não sejam para diagnóstico e acompanhamento de doenças.

4.2 - Não estão cobertos também os procedimentos constantes nas coberturas “1”, “2”, “3”, “4” e “5”, que o usuário não tenha contratado.

CLÁUSULA QUINTA - Local da Prestação dos Serviços

5.1 - Os serviços ora contratados serão prestados estritamente dentro da área de ação da UNIMED DE BLUMENAU, pelos médicos cooperados e rede própria ou contratada.

Parágrafo Primeiro: Compõe a área de ação da UNIMED DE BLUMENAU, os seguintes municípios: Blumenau, Gaspar, Pomerode, Indaial, Timbó, Rio dos Cedros, Benedito Novo, Dr. Pedrinho, Rodeio, Ascurra e Apiúna.

Parágrafo Segundo: A contratada assegurará o reembolso em caso de Urgência, Emergência ou que sofra Risco Pessoal, quando não for, comprovadamente, possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados na área de abrangência da UNIMED DE BLUMENAU (CLAUSULA XVIII)

CLÁUSULA SEXTA – Carências

6.1 – Serão cumpridas as seguintes carências:

I - Contrato Coletivo por Adesão:

- Urgência e emergência = 24 horas
- Consultas em consultório e pronto-socorro = 30 dias
- Análises clínicas, exames anatomopatológicos, raio-x simples e contrastados, eletrocardiograma e eletroencefalograma = 30 dias
- Fisioterapias = 90 dias
- Parto a termo = 300 dias
- Demais exames = 180 dias
- Internações e procedimentos ambulatoriais = 180 dias

No caso de contratos com número de usuários inferior a 50, além das carências acima, serão avaliadas eventuais doenças preexistentes e suas conseqüências.

6.1.2 – A avaliação de eventuais doenças preexistentes e carências, no caso de novas inclusões terão como base o número total de usuários inscritos no mês anterior.

CLÁUSULA SÉTIMA - Usuários

7.1 - Adquirem a qualidade de “usuário” todos os beneficiários do contrato, sendo:

I - Usuários titulares: são todos os filiados ou associados da ESTIPULANTE inscritos como tal para fins deste contrato.

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

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda do usuário titular por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) filhos inválidos;
- f) filhos adotivos solteiros até 24 anos incompletos.

7.1.1. – Por ocasião do nascimento dos filhos dos usuários titulares, estes poderão ser inscritos na CONTRATADA pelo ASSOCIADO com isenção de carências desde que:

- a) A mãe possua Cobertura Obstétrica e esteja com suas carências cumpridas.
- b) A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento.
- c) Seja paga a inscrição e a mensalidade retroativamente a data do nascimento.

7.1.1.1 – Se houver opção em favor do filho, inscrito nas condições previstas no item 7.1.1, por coberturas que a mãe não possua, as respectivas carências deverão ser cumpridas integralmente.

7.1.1.2 – Se houver opção em favor do filho, inscrito nas condições previstas no item 7.1.1, por coberturas que a mãe também possua, e que ainda esteja cumprindo carências, deverá o filho cumprir as carências faltantes.

7.1.1.3 – Caso o parto não tenha sido coberto pela Unimed, pela falta de opção da Cobertura Obstétrica, ou por estar cumprindo suas carências, os filhos inscritos deverão cumprir todas as carências integralmente.

7.1.2 – No caso de filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos será concedida isenção de carências nas coberturas contratadas pelo ASSOCIADO, exceto doenças preexistentes desde que inscrito até 30 dias após o ato de adoção ser expedido.

7.1.3 - Os novos sócios, diretores, empregados, associados ou participantes, bem como seus dependentes, deverão ser inscritos na CONTRATADA mediante comunicação formal de sua existência em até 30 (trinta) dias, contados do implemento da condição que permite a inscrição, sempre acompanhada da documentação comprobatória exigida, para gozarem dos mesmos critérios de carências e de doenças preexistentes estabelecidas para os usuários inscritos inicialmente no contrato. No caso de inscrição posterior ao prazo, ou de opção posterior por novas coberturas independente do tipo de contrato, o usuário deverá cumprir as carências previstas no item 6.1., inciso II.

7.2 – Os filhos e as filhas do ASSOCIADO, que atingirem a idade limite, prevista no item 7.1, inciso II, ou venham a contrair matrimônio perderão a condição de dependentes.

7.2.1 – Os filhos que perderem a condição de dependência poderão assinar um contrato individual, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como dependentes, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA OITAVA - Inclusão e Exclusão de Usuários

8.1 – A ESTIPULANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA as Fichas de Adesão dos usuários, incluindo ASSOCIADO, dependentes, com nome e qualificação completa de cada um deles, bem como indicando a opção de cobertura de cada um, tanto no ato da celebração deste instrumento como posteriormente, sempre que houverem inclusões ou exclusões de usuários, responsabilizando-se a ESTIPULANTE pela indicação de dependência, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

8.1.1 - As inclusões e exclusões deverão ser informadas à CONTRATADA até o 15º dia do mês, para produzirem efeitos no mês subsequente, se aceitas e reconhecidas pela CONTRATADA, respeitadas as carências contratuais.

8.1.2 - O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 30 (trinta) usuários.

8.2 – No caso de contratos com um número de usuários inferior a 50 (cinquenta), será necessário também o preenchimento da Declaração de Saúde, uma para cada um dos usuários inscritos. Com base na Declaração de Saúde, a CONTRATADA poderá solicitar adicionalmente a realização de exames e avaliação médica. Havendo a caracterização de doenças preexistentes, o usuário poderá optar pelo cumprimento de carências de 24 (vinte e quatro) meses para qualquer tipo de cobertura de ocorrência decorrentes das patologias detectadas ou então pelo “Agravado” do contrato, que consiste num acréscimo ao valor da prestação referente aos riscos assumidos, definidos com base em cálculos atuariais na Declaração de Opção, e que serão informados pela CONTRATADA. A opção pelo “Agravado” permitirá a cobertura de doenças preexistentes, após o cumprimento das carências normais previstas em cada cobertura. A opção do ASSOCIADO será feita através de Declaração, a ser anexada ao presente contrato.

8.2.1 – No caso de contratos com número de usuários acima de 50 (cinquenta), a declaração se faz necessária afim de previsão do impacto nos custos quando da presença de doença pré-existente.

8.3 - Será automaticamente excluído do contrato o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

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

8.3.1 - Havendo exclusão de usuários, obriga-se a ESTIPULANTE a recolher os cartões individuais de identificação e devolvê-los à CONTRATADA, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização.

8.4 – O ASSOCIADO poderá a qualquer tempo optar por novas coberturas, desde que a ESTIPULANTE tenha contratada a cobertura e cumpra as carências ali previstas, a partir da data da opção, e observe o prazo mínimo de 12 (doze) meses entre uma alteração e outra. A desistência de uma cobertura em período inferior implica na multa prevista na Cláusula Vigésima, item 20.1, inciso II., letra “b”.

8.4.1 – A opção por novas coberturas durante o contrato implica em novo preenchimento da “Declaração de Saúde” e no procedimento previsto no item 8.2.

CLÁUSULA NONA – Cartão de Identificação

9.1 - A CONTRATADA fornecerá aos usuários titulares e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, referente a cobertura a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

9.1.1 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o ASSOCIADO deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento (que só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA) e, quando for o caso, emissão de segunda via, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais).

CLÁUSULA DÉCIMA - Condições de Atendimento

10.1 - Os serviços contratados, através da opção as coberturas específicas no presente instrumento, serão prestados da seguinte forma:

- I - Consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, conforme GUIA MÉDICO DA CONTRATADA, dentre os cooperados das cooperativas médicas UNIMED sediadas no Estado de Santa Catarina, dentro do horário normal de seus consultórios.
- II - Atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, obstétricos e odontológicos: serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela CONTRATADA;
- III - Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria ou contratada, mediante solicitação exclusiva do médico cooperado e autorização prévia da CONTRATADA;
- IV - Internações hospitalares: serão processadas mediante “pedido de internação”, feito pelo médico cooperado, e “guia de internação”, expedida pela CONTRATADA em favor do usuário.

As internações, com exceção das emergências, somente poderão ser realizadas através dos médicos cooperados à UNIMED.

10.1.1 - Os usuários titulares receberão um Guia Médico, que conterá a relação de todos os profissionais e entidades prestadoras dos serviços da área de ação da CONTRATADA e o telefone das demais Unimeds do Estado. As informações, por ocasião da solicitação do atendimento, deverão ser confirmadas, em decorrência do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados em rede contratada.

10.1.2 - Nos casos de urgência e emergência, conforme definição na Cláusula Segunda o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 1 (um) dia útil, contado da data de internação, para providenciar os documentos mencionados no inciso IV, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

10.1.3 - O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, de acordo com as regras de experiência, sendo que, havendo necessidade de prorrogação, a solicitação deve ser emitida pelo médico assistente, dentro dos limites previstos nas coberturas.

10.1.4 - O presente contrato concede cobertura de despesas de acompanhante, no caso de paciente menores de 18 (dezoito) anos.

10.1.5 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes, bem como despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médico não cooperado à UNIMED ou entidades não credenciadas por esta e ainda serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato. A responsabilidade pelo pagamento destas despesas caberá exclusivamente do ASSOCIADO e deverá ser feito diretamente ao prestador do atendimento.

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

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

10.1.8 - Nas Urgências e Emergências, ocorridas fora da área de ação da Unimed de Blumenau (Cláusula Quinta - § 1º), e que sofra risco pessoal, **comprovadamente**, o usuário terá assegurado seu atendimento na rede própria, contratada ou credenciada da Unimed, apresentando seu cartão de identificação da CONTRATADA.

§ ÚNICO- O ASSOCIADO terá direito a reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titulares ou dependentes, com assistência à saúde, em casos de urgência, emergência ou que sofra risco pessoal, quando não for possível, comprovadamente, a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA. Este reembolso será de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados conforme Tabela de Referência local da Unimed registrada junto a SUSEP, conforme cláusula Décima Oitava. O mesmo tratamento será dado, aos procedimentos eletivos, quando solicitado por profissional que não pertença a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.

10.1.9 – Os atendimentos nos casos de urgência e emergência serão feitos dentro dos limites previstos em cada uma das coberturas.

10.1.10 – Para os exames mais complexos e internações, a CONTRATADA poderá direcionar a realização do procedimento a um determinado recurso, a seu critério, dentro do seu quadro de recursos credenciados.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – BENEFÍCIOS ESPECIAIS:

11.1 - Ao **Usuário Titular**, é assegurada a cobertura de Seguro de Vida, por morte natural ou acidental, após cumprida uma permanência no Plano de Saúde de 180 dias da data de sua inscrição e desde que, nessa data, o Usuário esteja em boas condições de saúde e não tenha completado 66 anos.

11.1.1. Está **EXCLUÍDA** desta cobertura, conforme Condições Gerais, em resumo, a morte decorrente de:

- a. uso de material nuclear;
- b. atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública;
- c. doenças ou lesões pré-existentes.

11.2. O capital segurado é de R\$ **1.600,96(Um mil, seiscentos reais, noventa e seis centavos)**, para morte natural, e o dobro, para morte acidental, corrigido, anualmente, pelo IGP-M/FGV, ou outro índice que venha a substituí-lo.

11.3. São indicados beneficiários do Segurado os abaixo relacionados, na seguinte ordem:

ESTADO DO SEGURADO	BENEFICIÁRIOS
1. Casado (a)	O cônjuge e, na falta deste, os filhos
2. Viúvo (a), Divorciado (a), Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), com filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	50% a (o) companheira (o) 50% aos filhos
3. Viúvo (a), Divorciado (a), Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A (o) companheira (o)
4. Viúvo (a), Divorciado (a) ou Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem companheira (o) e com filhos.	Os filhos em parte iguais com reversão entre si.
5. Viúvo (a), Divorciado (a) ou Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem companheira (o) e sem filhos.	Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão, conforme a

legislação pertinente.

11.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora, por escrito, a alteração dos seus beneficiários.

11.5. No caso de morte do Segurado, seus beneficiários deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos, **em originais ou cópias autenticadas**:

- Comunicação de Sinistro por Morte;
- Certidão de Óbito;
- CIC e RG do Segurado;

Dos Beneficiários:

Cônjuge - Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito), e Cédula de Identidade;

Filhos, pais, tios ou primos - Cédula de Identidade ou Certidão de Nascimento;

Companheira - prova dessa condição;

Incapazes - Alvará Judicial e, quando for o caso, Termo de Tutela ou de Curatela.

Em caso de morte acidental, mais os seguintes:

- Boletim de Ocorrência Policial;
- Laudo Cadavérico;
- Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver;

11.5.1. Fica reservado à Seguradora o direito de exigir quaisquer outros documentos que julgar necessários à liquidação do sinistro.

11.6. Este seguro é garantido pela UNIMED SEGURADORA S.A., sediada na Al. Santos, 1827 - 9º andar - Cerqueira Cesar - São Paulo - SP - CEP 01419-909, sendo que este benefício será assegurado, pelo prazo em que a UNIMED DE BLUMENAU mantiver vigente a Apólice com a UNIMED Seguradora.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência

12.1 - O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência estará à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, sendo o atendimento efetuado dentro das disponibilidades dos equipamentos, com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento, **observadas as coberturas médicas previstas nas coberturas adquiridas.**

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

12.2.1 - Neste caso, poderão ser feitos os seguintes trajetos:

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

12.3 – O serviço também poderá ser utilizado pelo paciente, que na alta hospitalar, estiver impossibilitado de ser transportado por meios normais, sem riscos, e com justificativa do médico assistente, para retorno a sua residência.

12.4 - As ambulâncias UTI estarão disponíveis somente para o Estado de Santa Catarina, de forma que o transporte fora do Estado é de responsabilidade do ASSOCIADO.

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

12.6 - O transporte é efetuado somente com o cumprimento das previsões contratuais, sempre respeitando a legislação em vigor no que diz respeito às limitações das condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

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

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

12.9 - As aeronaves à disposição do paciente não terão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marcapasso externo, para eventual utilização durante o transporte.

12.10 - Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo, assim como não cobrirão itens restritivos do plano de saúde contratados pelo usuário/paciente.

12.11 - Para a aquisição deste benefício, os usuários deverão cumprir **60 (sessenta) dias de carência**, a partir da data da sua inscrição, salvo situações de urgência e emergência, que terão carências de 24 (vinte e quatro) horas, dentro das coberturas contratadas e previstas neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FEA – Fundo de Extensão Assistencial

13.1 – O FEA consiste em, ocorrendo o falecimento do usuário titular (**desde que as mensalidades estejam em dia na data do óbito**), conceder aos dependentes cadastrados, direito aos serviços previsto(s) na(s) cobertura(s) em que se encontrarem inscritos, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem o pagamento das mensalidades.

13.1.1 - O direito ao FEA não se efetuará nos seguintes casos:

- a) Se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;

- b) Para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data de falecimento do titular.

13.1.2 - Consideram-se dependentes, aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, os dependentes inscritos de acordo com a Cláusula Sétima, item 7.1 do contrato primitivo.

13.1.3 - O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito na forma do item 7.1.1, da Cláusula Sétima do contrato.

13.1.4 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no item 13.1 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência, segundo o que dispõe e limita o item 13.1.2.

13.1.5 - O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma do item 13.1.2.

13.1.6 - Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do item anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios do FEA, ainda que tivessem direito aos serviços deste contrato, quando vivo o usuário titular.

13.1.7 - Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídas pela identificação pessoal do FEA.

13.1.8 - O direito à utilização do FEA, pelos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no município onde estes residam ou onde venham a fixar residência, desde que na área de ação da UNIMED DE BLUMENAU.

13.1.9 – Após se utilizarem dos benefícios do FEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano, com isenção de carências para as coberturas existentes.

CLÁUSULA QUARTA – Prestação de Serviços de Urgência Médica

14.1 – O ASSOCIADO, prestará atendimento de serviço Médico nos casos de urgência, conforme as normas estipuladas neste contrato e nas determinações legais dos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem.

14.2 – Defini-se como atendimento de urgência, o atendimento pré hospitalar de crises e/ou acidentes que ponham em risco a vida dos filiados ou apresentem quadro clínico que suponha tal risco, potencial ou real.

Das condições de Atendimento:

14.3 - O serviço médico de urgência será acionado por chamada telefônica atendida por uma Central de chamadas que fará a regulação e o encaminhamento dos procedimentos.

14.3.1 - As primeiras orientações ao chamado serão fornecidas por telefone pela equipe médica da CONTRATADA;

14.3.2 - A sequência do tratamento de crise, in loco, se for necessário pela orientação do médico regulador, será procedida até que a mesma seja superada, por parte da equipe médica da CONTRATADA;

14.3.3 - Nos casos , e somente nestes, em que o médico que atende ao chamado julgar necessário, será feito o traslado, por via terrestre, com paciente até o estabelecimento médico mais especializado dentro dos limites da área de atuação da CONTRATADA, desde que, através de contato prévio haja disponibilidade de vaga.

14.3.4- O serviço de urgência será prestado exclusivamente nos municípios de Blumenau, Gaspar, Indaial, Timbó e Pomerode;

14.3.5 - A indicação do estabelecimento a que se destinará o paciente, desde que esta decisão não coloque em risco o seu quadro clínico, bem como a obtenção de vaga para a internação, será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, podendo, se for o caso, ser auxiliado pelo médico no fornecimento das informações técnicas do caso;

14.3.6 - Na ocorrência da necessidade de transferência a outro centro de referência fora dos municípios abrangidos, a Central de Atendimento fará contato com a equipe de transporte aéreo para o seguimento dos procedimentos;

14.3.7 - As condições para transporte aeromédico incluem, sob responsabilidade do CONTRATANTE, a vaga no centro de referência do destino e o transporte terrestre no destino;

14.3.8 - Outras condições alheias à vontade dos interessados também são limitantes para o transporte aeromédico, com boletins meteorológicos desfavoráveis para o voo, falta de condições de pista para pouso e/ou decolagem do jato ou helicóptero e viabilidade médica do paciente para o transporte;

14.3.9 - A condição sine qua non para que se faça o transporte aeromédico dependerá se o paciente for usuário da empresa de aerotransporte e esteja em dia com seus pagamentos;

Das exclusões e carências:

14.4 - Estão excluídos do presente contrato os serviços de atendimento aos casos de consulta ambulatoriais; transporte para exames eletivos; sessões de radioterapias, quimioterapias, hemodiálise, traslado de doadores de sangue ou de órgão, estados febris, salvo quando oriundos de outras causas que caracterizem urgência médica, conforme determina o item 14.2 desta Cláusula, trabalho de parto, distúrbios neuro-vegetativos, alcoolismo, odontalgias, casos psiquiátricos, e outras patologias que não se caracterizem como urgência médica, estando, nestes casos , assegurado o direito ao aconselhamento médico.

14.5 - Na hipótese de se constatar solicitações de atendimento sem motivo justificado, a CONTRATADA poderá rescindir o contrato, procedendo a desfiliação imediata, independente de notificação judicial e sem nenhum ônus para a CONTRATADA, nem ressarcimento ao ASSOCIADO de parcelas já pagas.

14.6 – O ASSOCIADO passa a ter direito ao serviço de atendimento e transporte terrestre a partir do trigésimo dia a contar da assinatura do presente contrato.

Das responsabilidades:

14.7 – O atendimento inicia a partir da solicitação da ESTIPULANTE ou de outra pessoa que tome conhecimento da urgência e acione através da Central de Chamadas até que a crise tenha sido superada e/ou o paciente se encontre sob condições de permanecer onde for encontrado, ou tiver sido transferido e aceito por estabelecimento médico-assistencial de escolha e responsabilidade da ESTIPULANTE, a partir de quando cessam os serviços da CONTRATADA.

Parágrafo Único – A escolha é de responsabilidade da ESTIPULANTE desde que a mesma não venha a causar ou potencializar risco de vida do paciente.

14.8 - O número de solicitações de atendimento é ilimitado por parte de um mesmo ESTIPULANTE, desde que as solicitações sejam motivadas por crises agudas ou acidentes que justifiquem a urgência no atendimento. Cabe ao médico assistente relatar ao final do atendimento o caráter de urgência ou não da chamada.

14.9 – A ESTIPULANTE está plenamente ciente que as obrigações derivadas do presente contrato para a CONTRATADA são obrigações de meios e não de fins, em virtude do que a CONTRATADA não se responsabiliza por nenhum dano que possa vir a sofrer o ESTIPULANTE, derivada da urgência da qual seja convocada a intervenção da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA– Preços, Co-Participação e Condições de Pagamento

15.1 – O ASSOCIADO obriga-se a pagar a CONTRATADA, por usuário, a título de inscrição e mensalidade fixa, os valores relacionados na Proposta de Adesão, conforme as opções de cobertura escolhida.

15.1.1 – Além da mensalidade fixa, o ASSOCIADO poderá participar de parte dos custos dos serviços, através de percentuais aplicados ao custo, e com franquia, dentro do previsto em cada uma das coberturas em anexo, e a critério da ESTIPULANTE. O percentual de participação e franquia serão únicos para todos os ASSOCIADOS.

15.2 – Os valores fixados no item 15.1 deverão ser pagos até o quinto dia útil do mês a que se referir, e o do item 15.1.1 a partir do primeiro mês da realização do procedimento, com base nas faturas apresentadas, acompanhadas de relação discriminativa dos serviços executados pela CONTRATADA.

15.3 - O valor da participação do ASSOCIADO nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantia, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

15.3.1 – O ASSOCIADO reconhece o extrato de serviços prestados, destinados a identificar a utilização, a respectiva participação nos custos e o valor das mensalidades fixadas na forma

prevista nesta Cláusula, como prova de seu débito, e que os valores lançados no extrato constituem dívida líquida, certa e exigível do ASSOCIADO, inclusive para fins do Art. 585, II do Código de Processo Civil.

15.3.2 – Havendo qualquer dúvida com relação ao extrato, o ASSOCIADO poderá solicitar que lhe sejam prestadas as informações necessárias e tomadas as devidas providências, conforme o caso.

15.4 – O ASSOCIADO reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade, que importe em deslocamento para faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário.

15.4.1 - As faixas etárias e os percentuais de aumento que trata este contrato são:

Cobertura	00 A 17	18 A 29	30 A 39	40 A 49	50 A 59	60 A 69	70 ou +
20% DE CO-PARTICIPAÇÃO - FRANQUIA R\$ 10,00							
1 + 3 + 4	Zero	Zero	Zero	17,14%	43,12%	20,21%	18,23%
2 + 3 + 4	Zero	Zero	Zero	16,81%	36,77%	31,52%	17,49%

15.4.2 – Não terá reajuste referente a mudança de faixa etária o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que já participe deste plano, ou antecessor, junto a CONTRATADA, por um período contínuo e superior a (10) dez anos no mesmo tipo de plano e cobertura.

15.5 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações devidas, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas)- Segmento Saúde, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

15.6 - Além dos acréscimos previstos no item anterior, o atraso no pagamento superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implica na suspensão dos atendimentos e na rescisão da adesão do ASSOCIADO ao presente contrato.

15.7 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela ESTIPULANTE, sendo que, na falta desta em tempo oportuno, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

15.8 – Durante o prazo de suspensão da adesão do ASSOCIADO ao presente contrato, havendo utilização dos serviços contratados, esta considerar-se-á indevida, de forma que a CONTRATADA terá o direito de cobrar os procedimentos efetivamente realizados em custo operacional.

15.9 – O ASSOCIADO, quando for o caso, deverá informar a participação dos seus usuários no custo do plano. Esta informação será colocada na **Ficha de Adesão**, e deverá ser atualizado sempre que houver qualquer modificação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Pagamento por Custo Operacional

16.1 - O usuário poderá ser atendido no período em que estiver cumprindo carências ou nos casos em que necessite ou pretenda a execução de serviços não cobertos por este contrato se, obtiver a autorização da ESTIPULANTE, que **mediante depósito em caução real do associado**, responsabilizando-se esta, expressamente pelo pagamento dos serviços por custo operacional, e desde que a CONTRATADA, atendendo as suas condições técnicas, também emita parecer favorável. Neste caso, os valores dos serviços serão pautados pela Tabela de Honorários em uso pela CONTRATADA, acrescidos do custo administrativo de 15% (quinze por cento).

16.1.1 - Caso o usuário atendido sofra risco pessoal, os procedimentos médicos não cobertos por este contrato, que se tornem indispensáveis à superação do risco, ficam desde já autorizados, ficando o ASSOCIADO responsável pelo custo, na forma exposta no item anterior.

16.2 - Caso algum usuário da ESTIPULANTE se utilize do plano, realizando algum procedimento que esteja em carência, o mesmo será cobrado em Custo Operacional dentro do previsto no item 14.1 do ASSOCIADO.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Reajuste

17.1 - O reajuste do contrato será anual ou em outra periodicidade que venha a ser determinada em lei, e terá como base a inflação verificada no período medida pelo IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) – Segmento Saúde ou, se este índice deixar de ser publicado, por outro índice de correção aceito pelas partes.

17.1.1 - Além da atualização prevista no item anterior, o cálculo atuarial poderá ser revisto, se houver utilização comprovada acima da média normal ou aumento dos custos dos insumos que compõe a assistência ambulatorial, hospitalar e odontológica, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

17.1.1.1 - Os usuários sofrerão reajuste pelo percentual descrito na Cláusula XV item 15.4.1., sempre que os mesmos vierem mudar de faixa etária ali prevista.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Condições de Reembolso

18.1 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em casos de urgência, emergência ou que sofra risco pessoal, quando não for, comprovadamente, possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED DE BLUMENAU em sua área de ação.

18.2 - O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com os valores da tabela de referência local para honorários médicos, exames complementares e internações hospitalares, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que serão devolvidos na hipótese de **reembolso parcial**:

- a) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar.
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem.

- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA- Prazo

19.1 - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, contados da sua assinatura, prorrogando-se, a partir daí, automática e sucessivamente, por tempo indeterminado, se não houver rescisão.

CLÁUSULA VIGÉSIMA- Rescisão

20.1 - Ocorrerá a rescisão do presente contrato ou da adesão do ASSOCIADO:

I - POR JUSTA CAUSA, em qualquer tempo, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial:

- a) se houver atraso no pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta), dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato.
- b) se houver prática de ilícito penal pelos representantes legais ou prepostos da ESTIPULANTE ou do ASSOCIADO ;
- c) se houver omissão ou distorção de informações por parte da ESTIPULANTE ou da ASSOCIADO em prejuízo da CONTRATADA;
- d) se houver abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- e) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- f) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

II. - SEM JUSTA CAUSA, Por iniciativa de uma das partes:

- a) após o prazo inicial de 12 (doze) meses, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus;
- b) dentro do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, ficando sujeita ao pagamento da multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do contrato.

20.1.1 - Durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

20.1.2 - No caso de o usuário responder por 100% dos custos, e ficar caracterizado que o pagamento não foi efetuado pela ESTIPULANTE, apesar de ter recebido a parcela devida de cada usuário, o contrato não poderá ser rescindido, sendo porém suspenso o atendimento, até a regularização dos pagamentos.

20.2 - Os usuários inscritos neste plano, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do ASSOCIADO, pelo período equivalente a uma terça do tempo de permanência no plano, com um mínimo de 6 (seis)

meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, salvo quando o titular obter admissão em novo emprego.

20.3 – No caso de usuários titulares que vierem a se aposentar durante o período de contrato, e que tenham permanecido no mesmo por um período igual ou superior 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção do mesmo como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. Opcionalmente, caso a permanência tenha sido inferior a 10 (dez) anos, o aposentado poderá permanecer no plano, a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – Reclamação

21.1 – Em caso de reclamação sobre qualquer um dos serviços prestados, ou mesmo sugestões para melhoria dos serviços, estas deverão ser encaminhadas por escrito a CONTRATADA, aos cuidados da Diretoria Comercial.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - Foro

22.1 - Fica eleito o foro do domicílio da ESTIPULANTE, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - Anexos

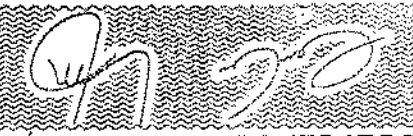
21.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, as coberturas: “1”, “2”, “3”, “4” e “5”, a Proposta de Adesão, Ficha de Adesão, as Declarações de Saúde, Guia Médico, Manual do Usuário e demais anexos aceitos pelas partes.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, na presença de duas testemunhas.

Blumenau, 01 de maio de 2000.



ESTIPULANTE
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS
DE BLUMENAU



VÁLIDO PARA CONTRATOS
CONTRATADA
UNIMED DE BLUMENAU-COOP.
DE TRABALHO MÉDICO

TESTEMUNHAS: 1 - 
2 - _____

1 - COBERTURA HOSPITALAR – APARTAMENTO

1.0 – A Cobertura Hospitalar – Apartamento, implica na aquisição do direito à internação em apartamento standard com banheiro privativo e com direito a acompanhante, incluindo, durante o período de internação: assistência médica através de médicos cooperados, medicamentos prescritos pelo médico assistente, alimentação, enfermagem, diárias e taxas de internação, material de sala cirúrgica, anestesia, oxigênio e exames complementares durante a internação, para controle e evolução da doença que tenha motivado a internação.

2.0 – Inclui-se nesta cobertura, os seguintes procedimentos:

- Internações Clínicas
- Internações Cirúrgicas
- Internações Psiquiátricas
- Cirurgia Cardíaca
- Urgência e Emergência
- UTI
- Diálise Peritoneal e Hemodiálise (nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda)
- Litotripsia
- Próteses e Órteses Cirúrgicas (quando necessárias durante o ato cirúrgico)
- AIDS
- Transplantes de Córnea e Rim
- Quimioterapia e Radioterapia

2.1 – As órteses e próteses cirúrgicas terão cobertura desde que fornecidas pela CONTRATADA ou por quem esta indicar.

2.2 – Estão abrangidas nesta cláusula as internações advindas de complicações próprias da evolução da AIDS, incluindo as medicações solicitadas pelo médico assistente durante a internação, com exceção de todos aqueles distribuídos pelo Governo, como por exemplo: **AZT e INIBIDORES DA PROTEASE**, que são obtidas através da inscrição no Programa Nacional do Combate a AIDS.

2.3 – Nos atendimentos de urgência e emergência, quando o usuário ainda estiver cumprindo carências, e nos casos de complicações do processo gestacional, quando não possuir a Cobertura Obstétrica (item 6 dessa cobertura) o atendimento se limitará as primeiras 12 horas, nas condições expressas na Cobertura Ambulatorial, salvo quando necessitar de procedimentos exclusivos da Cobertura Hospitalar, quando a cobertura cessará passando o ônus a ser responsabilidade da ESTIPULANTE.

2.4 – Nos casos de cirurgia plástica reparadora, somente terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais.

2.4.1 - Estão cobertos os transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, **exceto medicamentos de manutenção;**
- d) Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

2.4.1.1 – Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

3.0 – Terão cobertura contratual as cirurgias buco-maxilo que necessitem de regime de internação.

4.0 – Inclui-se na cobertura, os **procedimentos** considerados **especiais**, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complementares ao tratamento.

- Hemodiálise e Diálise peritonial (CAPD);
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia.

5.0 – Com a exceção dos usuários portadores de dependência química, **todos os demais usuários portadores de transtornos mentais segundo CID 10**, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de tratamento hospitalar, deverão ser tratados ou em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, pelo período máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação. Após esse prazo, as internações deverão ser submetidas a controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada.

5.1 – Os usuários portadores de **dependência química** somente deverão ser internados na eventualidade de complicações agudas decorrentes da intoxicação ou da abstinência de drogas de abuso lícitos ou ilícitos, incluindo aqui o álcool. Estas internações, circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, quando este requerer hospitalização, não deverão ultrapassar o período máximo de **15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano de contrato, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação** e deverão ser realizadas em unidades clínicas de hospitais gerais. Após esse prazo, tais internações para a desintoxicação desses usuários, deverão ser submetidas a controle mediante a mesma co-participação prevista no item anterior.

5.2 – As lesões autoinfligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

5.3 – A partir de 01 de janeiro de 2.000, além da cobertura especificada no item 5.0, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia, e nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, (F 00 a F 09 do CID 10), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), retardo mental (F70 a F79), transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98), a cobertura prevista no item 5.0 será estendida a até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

6.0 – Esta cobertura poderá ser ampliada, através da aquisição da Cobertura - Obstétrica.

2 - COBERTURA HOSPITALAR - ENFERMARIA

1.0 – A Cobertura Hospitalar – Enfermaria, implica na aquisição do direito à internação em quarto coletivo, incluindo, durante o período de internação: assistência médica através de médicos cooperados, medicamentos prescritos pelo médico assistente, alimentação, enfermagem, diárias e taxas de internação, material de sala cirúrgica, anestesia, oxigênio e exames complementares durante a internação, para controle e evolução da doença que tenha motivado a internação.

2.0 – Inclui-se nesta cobertura, os seguintes procedimentos:

- Internações Clínicas
- Internações Cirúrgicas
- Internações Psiquiátricas
- Cirurgia Cardíaca
- Urgência e Emergência
- UTI
- Diálise Peritoneal e Hemodiálise (nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda)
- Litotripsia
- Próteses e Órteses Cirúrgicas (quando necessárias durante o ato cirúrgico)
- AIDS
- Transplante de Córnea e Rim
- Quimioterapia e Radioterapia

2.1 – As órteses e próteses cirúrgicas terão cobertura desde que fornecidas pela CONTRATADA ou por quem esta indicar.

2.2 – Estão abrangidas nesta cláusula as internações advindas de complicações próprias da evolução da AIDS, incluindo as medicações solicitadas pelo médico assistente durante a internação, com exceção de todos aqueles distribuídos pelo Governo, como por exemplo: **AZT e INIBIDORES DA PROTEASE**, que são obtidas através da inscrição no Programa Nacional do Combate a AIDS.

2.3 – Nos atendimentos de urgência e emergência, quando o usuário ainda estiver cumprindo carências, e nos casos de complicações do processo gestacional, quando não possuir a Cobertura Obstétrica (item 6 dessa cobertura) o atendimento se limitará as primeiras 12 horas, nas condições expressas na Cobertura Ambulatorial, salvo quando necessitar de procedimentos exclusivos da Cobertura Hospitalar, quando a cobertura cessará, passando o ônus a ser responsabilidade da ESTIPULANTE.

2.4 – Nos casos de cirurgia plástica reparadora, somente terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais.

2.4.1 - Estão cobertos os transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, **exceto medicamentos de manutenção;**
- d) Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

2.4.1.1 – Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

3.0 – Terão cobertura contratual as cirurgias buco-maxilo que necessitem de regime de internação.

4.0 – Inclui-se na cobertura, os **procedimentos** considerados **especiais**, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complementares ao tratamento.

- Hemodiálise e Diálise peritoneal (CAPD);
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia.

5.0 – Com a exceção dos usuários portadores de dependência química, **todos os demais usuários portadores de transtornos mentais segundo CID 10**, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de tratamento hospitalar, deverão ser tratados ou em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, pelo período máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação. Após esse prazo, as internações deverão ser submetidas a controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 15,00 (quinze reais) por diária efetivamente realizada.

5.1 – Os usuários portadores de **dependência química** somente deverão ser internados na eventualidade de complicações agudas decorrentes da intoxicação ou da abstinência de drogas de abuso lícitas ou ilícitas, incluindo aqui o álcool. Estas internações, circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, quando este requerer hospitalização, não deverão ultrapassar o período máximo de **15 (quinze) dias contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação** e deverão ser realizadas em unidades clínicas de hospitais gerais. Após esse prazo, tais internações para a desintoxicação desses usuários, deverão ser submetidas a controle mediante a mesma co-participação prevista no item anterior.

5.2 – As lesões autoinfligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

5.3 – A partir de 01 de janeiro de 2.000, além da cobertura especificada no item 5.0, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia, e nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, (F 00 a F 09 do CID 10), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), retardo mental (F70 a F79), transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98), a cobertura prevista no item 5.0 será estendida a até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

6.0 – Esta Cobertura poderá ser ampliada através da aquisição da Cobertura – Obstétrica.

3 - COBERTURA AMBULATORIAL

1.0 – A Cobertura Ambulatorial, implica na aquisição do direito de realização de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. O percentual de participação nos custos das consultas e exames será de **20 %**, limitando o valor de participação (franquia) em **R\$ 10,00**, calculado sobre cada procedimento realizado.

2.0 – As consultas serão realizadas exclusivamente nos consultórios dos médicos cooperados da CONTRATADA, além de clínicas e pronto-socorros credenciados. Os atendimentos de pronto-socorro são destinados aos casos de urgência e emergência, com cobertura limite de 12 horas.

3.0 – Terão cobertura todos os exames e serviços de apoio diagnóstico, desde que solicitados pelo médico assistente, e realizados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

4.0 - Os procedimentos ambulatoriais estão cobertos, inclusive cirúrgicos, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não caracterize internação, com período de observação de até 12 (doze) horas. Períodos superiores serão considerados como internação, com atendimento previsto na Cobertura Hospitalar.

5.0 – Estão inclusos nos procedimentos ambulatoriais:

- Suturas e Imobilização
- Procedimentos Médicos Ambulatoriais
- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD
- Quimioterapia ambulatorial
- Radioterapia (Megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.)
- Hemoterapia ambulatorial
- Cirurgias Oftalmológicas ambulatoriais

5.1 – Estão inclusos ainda:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

6.0 – Não estão incluídos nesta cobertura:

- a) Procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica
- b) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio
- c) Quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação
- d) Radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia
- e) Nutrição enteral ou parenteral
- f) Embolizações e radiologia intervencionista
- g) Cobertura de exames para pacientes internados
- h) Realização de exames que necessitem de internação.

4 - COBERTURA OBSTÉTRICA

1.0 – A Cobertura Obstétrica amplia a Cobertura Hospitalar, incluindo os procedimentos relativos à obstetrícia, que são:

- a) Cerclagem do colo uterino;
- b) Cesariana;
- c) Cesariana com histerectomia;
- d) Curetagem pós parto;
- e) Deslocamento manual de placenta;
- f) Histerectomia puerperal ;
- g) Inversão uterina aguda pós parto – redução manual;
- h) Inversão uterina aguda pós parto – cura cirúrgica;
- i) Parto com ou sem episiotomia;
- j) Parto gemelar (cada um subsequente ao parto);
- k) Parto a fórceps;
- l) Parto com vácuo extrator;
- m) Parto pélvico com manobras;
- n) Parto com versão;
- o) Parto com eclâmpsia;
- p) Gravidez ectópica – cirurgia da;
- q) Sutura de lacerações de trajeto pélvico;
- r) Ultra-sonografia obstétrica;
- s) Doppler fetal;
- t) Abortamentos desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 123 do Código Penal, devidamente justificado pelo médico assistente;
- u) Despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida mediante justificativa do médico assistente;
- v) Anestesia de parto, com indicação médica.

1.1 – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

5 - COBERTURA ODONTOLÓGICA

1.0 – A Cobertura Odontológica assegura aos usuários inscritos, a realização de procedimentos odontológicos preventivos e/ou emergências, através dos consultórios de dentistas e ambulatorios específicos, constantes do “Manual de Orientação e Procedimentos Odontológicos”.

2.0 – Os procedimentos cobertos são os seguintes:

DIAGNÓSTICO

- Consulta

RADIOLOGIA

- Radiografia Bite-Wing - *Raio X para detectar cáries entre os dentes*
- Radiografia Periapical - *Raio X para detectar cáries entre os dentes e focos de pus nas pontas das raízes.*

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de selante - *Aplicação, por dente, de verniz para evitar cárie*
- Aplicação tópica profissional de flúor - *Externa nos dentes*
- Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentífrícios e enxaguatórios - *Explicar para o paciente como escovar os dentes e quais os problemas que podem acontecer*
- Evidenciação de placa bacteriana, - *Acompanhamento de escovação com aplicação de líquido revelador de placa*
- Profilaxia – polimento coronário - *Limpeza da coroa do dente (parte que aparece)*

DENTÍSTICA

- Restauração de 1 (uma) superfície - *Obturação pequena envolvendo um dos lados do dente*
- Restauração de 2 (duas) superfícies - *Obturação envolvendo 2 lados do dente*
- Restauração de 3 (três) superfícies - *Obturação envolvendo 3 lados do dente*
- Restauração de 4 (quatro) superfícies - *Obturação envolvendo 4 lados do dente*
- Colagem de fragmentos - *Colar um pequeno pedaço de dente que quebrou*
- Restauração de ângulo - *Obturação para repor canto de dente quando quebra*
- Restauração de pino - *Arrumar um dente colocando um pino para reconstruí-lo*
- Restauração de superfície radicular - *Obturar a raiz do dente quando está exposta*

PERIODONTIA

- Raspagem, alisamento e polimento coronário - *Limpar a parte do dente que aparece*
- Raspagem, alisamento e polimento radicular - *Limpar o espaço entre o dente e a gengiva (debaixo da gengiva) raiz*
- Curetagem de bolsa periodontal - *Limpar a gengiva ao redor do dente*
- Tratamento da gengivite - *Limpar os dentes quando as gengivas sangram*

ENDODONTIA

- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (01 conduto) - *Tratamento de canal – dente com 1 raiz (1 nervo)*
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (02 condutos)- *Tratamento de canal – dente com 2 raiz (2 nervos)*

- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (03 condutos) – *Tratamento de canal – dente com 3 raiz (3 nervos)*
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (04 condutos) – *Tratamento de canal – dente com 4 raiz (4 nervos)*
- Capeamento pulpar – direto e indireto – *Proteção do nervo no caso de ficar exposto na limpeza de cárie*
- Pulpotomia/pulpectomia – *Extração parcial do nervo*
- Tratamento endodôntico em dentes decíduos – *Tratamento de canal dente de leite*

CIRURGIA

- Alveoloplastia – *Arrumar o osso depois da extração de um dente*
- Apicectomia biradicular – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (02 condutos)*
- Apicectomia biradicular com obturação retrógrada – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (02 condutos) e restaurar a raiz*
- Apicectomia triradicular – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (03 condutos)*
- Apicectomia triradicular com obturação retrógrada – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (03 condutos) e restauração da raiz*
- Apicectomia uniradicular – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (01 conduto)*
- Apicectomia uniradicular com obturação retrógrada – *Cortar ponta da raiz com foco de pus (01 conduto) e restaurar a raiz*
- Biópsia – *Tirar um pedaço para mandar examinar*
- Cirurgia de torus mandibular bilateral - *Tirar osso que cresceu na mandíbula dos 2 lados*
- Cirurgia de torus palatino – *Tirar osso que nasceu no céu da boca*
- Cirurgia de torus unilateral – *Tirar osso que nasceu apenas de um lado*
- Correção de bridas musculares – *Cortar pequenas inserções musculares dentro da boca*
- Excisão de mucocelo (pseudocisto) (muco) – *Remoção de pseudocisto localizado geralmente no lábio inferior*
- Excisão de rânula (cisto mucoso de glândula salivar) – *Remoção de cisto localizado no soalho da boca*
- Exodontia + retalho – *Extração de dente abrindo a gengiva*
- Exodontia de raiz residual – *Extração de restos de raiz*
- Exodontia simples – *Extração de um dente*
- Exodontia múltiplas – *Extração de vários dentes*
- Fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta – *Quebra do alvéolo e dente com dilaceração da gengiva*
- Fraturas alvéolo-dentárias – redução incruenta – *Quebra do alvéolo e dente sem dilaceração da gengiva*
- Frenectomia labial - *Cortar o freio labial entre os dentes da frente*
- Frenectomia lingual – *Cortar o freio lingual abaixo da língua*
- Incisão e drenagem de abscesso extra oral - *Remoção de coleção purulenta por fora da boca*
- Incisão e drenagem de abscesso intra oral – *Remoção de coleção purulenta por dentro*
- Reconstrução de sulco gengivo-labial – *Plástica para recuperação estética no sulco abaixo do nariz*
- Reimplante de dente avulsionado – *Colocar de volta um dente que caiu da boca*
- Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados) – *Extração de dente que sozinho não conseguem nascer*

- Sulcoplastia – *Arrumar a gengiva para receber prótese*
- Ulectomia – *Cortar a gengiva e o osso que estão impedindo a erupção dental*
- Ulotomia – *Cortar a gengiva quando o dente não consegue nascer*

3.0 – Os usuários que optarem por esta cobertura cumprirão as seguintes carências:

I – Contrato Coletivo por Adesão:

- Diagnóstico, radiologia, prevenção em saúde bucal e dentística = 60 dias
- Cirurgia, periodontia e endodontia = 180 dias

3.1 - Ao optarem por esta cobertura e após o cumprimento das carências os usuários passarão por avaliação inicial, com hora marcada, para fins de orientação e planejamento de saúde bucal. A perícia será executada por dentista a ser escolhido pelo usuário, dentro de relação específica a ser fornecida pela CONTRATADA.

4.0 – Os demais procedimentos odontológicos não terão cobertura, salvo as cirurgias buco-maxilo, que necessitem de internação, e que estão inclusos na cobertura hospitalar.

5.0 – Especificamente, para esta cobertura, os usuários titulares da ESTIPULANTE receberão o “Manual de Orientação e Procedimentos Odontológicos”.

6.0 – Ao optarem por esta cobertura, a ESTIPULANTE não poderá mais desistir do mesmo, salvo em caso de rescisão do contrato ou da adesão da ESTIPULANTE.

**ADITAMENTO AO CONTRATO DE FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DE
ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA N.
4134, FIRMADO EM 01.04.2000.**

Que entre si fazem, de um lado **ASPMB – ASSOCIAÇÃO SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BLUMENAU**, contratante e, **UNIMED DE BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, contratada, ambas já qualificadas no contrato acima mencionado, resolvem de comum acordo **ADITAR** ao referido contrato o seguinte:

1. O presente instrumento tem a finalidade de alterar neste Contrato a emissão da fatura e duplicata, a qual será substituída por Boletos Bancários, individualizados por usuários titulares inscritos no contrato, os quais responsabilizar-se-ão pelo pagamento integral das mensalidades, nos seus respectivos vencimentos.

1.1 Em consequência da elevação dos custos pela alteração da forma de cobrança conforme descrito acima, as mensalidades serão acrescidas em R\$ 1,30 a partir desta data.

1.2 Ocorrendo inadimplência do usuário, no pagamento da mensalidade pelo prazo de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, conforme disposto na legislação em vigor, o usuário será excluído do plano, independente de aviso ou notificação específica e sem o prejuízo da cobrança judicial das mensalidades inadimplidas.

2. Os novos sócios, diretores e associados, bem como seus dependentes, deverão ser inscritos na UNIMED mediante informação formal de sua existência até 30 (trinta) dias, contados do implemento de sua condição de admitido como funcionário público, podendo realizar sua inclusão e de seus dependentes diretos, no plano de saúde a sua escolha fazendo jus a todas as condições contratuais aqui contidas.

2.1 Para os casos em que as inclusões do associado ocorrer após os 30(trinta) dias, conforme previsto no item 2 acima, estes cumprirão carências normais previstas no contrato primitivo, além de CPT ou agravo nas mensalidades, conforme o caso, bem como, sendo detectada doença pré-existente, estes

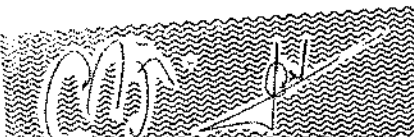


serão incluídos de acordo com o previsto na Lei 9656/98, que regulamenta os Planos de Saúde.

3. As demais cláusulas do contrato primitivo e aditivo anteriores no que não colidirem, permanecem inalteradas por assim desejarem.

E, por estarem as partes de pleno acordo, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para fins de direito.

Blumenau, 01 de julho de 2002.


CONTRATANTE


CONTRATADA

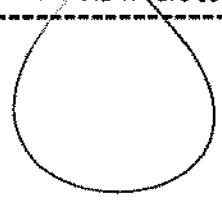


Testemunhas:

1.


Peinaldo César Fagundes
CPF 312 174 279-53

2.



TERMO ADITIVO DE RATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES (026.4134) FIRMADO ENTRE UNIMED DE BLUMENAU – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E ASPMB - ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BLUMENAU LTDA, FIRMADO EM 01 DE ABRIL DE 2000.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, **UNIMED DE BLUMENAU – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob. n.º 82.624.776/0001-47, com sede a Rua das Missões, 455 - Ponta Aguda – 89.051-000 - Blumenau(SC), neste ato representada pelo seu Presidente, Dr. Jauro Soares, adiante designada **CONTRATADA**, e de outro lado, **ASPMB - ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BLUMENAU LTDA**, inscrita no CNPJ. sob. n.º 82.666.207/0001-64, com sede a Praça Victor Konder, 02 – 89010-150 – Centro – Blumenau(SC), doravante designada **CONTRATANTE**, resolvem de comum acordo **aditar** o Contrato supra citado, nos seguintes termos:

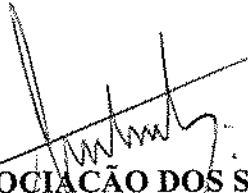
1-) As partes ratificam o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ do **CONTRATANTE** para, CNPJ n.º 72.384.837/0001-92.

2-) Ficam, através deste instrumento, ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato primitivo, e seus aditivos, quando existentes, sendo que os efeitos do presente aditivo, retroagem a data de assinatura do contrato originário, permanecendo inalteradas e em pleno vigor todas as demais condições já estabelecidas.

E, por estarem de acordo, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Blumenau(SC), 23 de Junho de 2009.


UNIMED DE BLUMENAU
COOP. TRAB. MÉDICO
Dr. Jauro Soares
CONTRATADA


ASPMB - ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BLUMENAU LTDA.
Sr. José Victor Iten
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:


MARCIO FERRO
CPF n.º. 020.869.189-84


REINALDO CÉSAR FAGUNDES
CPF n.º. 312.174.279-53



ANS n.º 33456-1

Unimed de Blumenau
Cooperativa de Trabalho Médico
Rua das Missões, 455 cep 89051-000
Caixa Postal 970 Blumenau SC
tel.: (47) 3331 8500 Fax: (47) 3331 8570
www.unimedblumenau.com.br