

# Condições Gerais

SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL

# PME

---

# SAÚDE



---

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

**TIPO DE CONTRATAÇÃO:** Coletivo Empresarial.

**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:** 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.

---

## 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 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 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.....	28
V- DURAÇÃO DO CONTRATO.....	30
VI- PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	30
VII- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES .....	33
VIII- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	35
IX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	37
X- MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....	42
XI- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	44
XII- REAJUSTE.....	47
XIII- FAIXAS ETÁRIAS .....	52
XIV- BÔNUS – DESCONTOS.....	54
XV- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS .....	54
XVI- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS .....	56
XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO .....	58
XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS .....	61
ANEXO I – PME COMPACTO ENF .....	73
ANEXO II - PME EFETIVO APTO.....	76
ANEXO III - PME COMPLETO APTO .....	78
ANEXO IV - PME SUPERIOR APTO .....	80
ANEXO V - PME SÊNIOR APTO .....	83

## 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

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.

### 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 279, de 24 de novembro de 2011, da ANS.

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

#### 2.1.2.1. ALTERAÇÃO DE PLANOS

2.1.2.1.1. A ESTIPULANTE poderá solicitar a SEGURADORA a alteração de seguro contratado, que ficará condicionada a 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 plano 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 30 (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato.

2.1.2.1.4 A alteração de plano será realizada em caráter irrevogável e irretratável.

2.1.2.1.5 As alterações de plano 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 ou 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 a, 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 DE 03 (TRÊS) ATÉ 29 (VINTE E NOVE) VIDAS E/OU PEDIDOS DE INCLUSÃO DE PROPONENTE(S) DECORRIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA VINCULAÇÃO DO PROPONENTE AO ESTIPULANTE, SERÃO APLICADAS AS CARÊNCIAS PREVISTAS NO ITEM IV – PERÍODOS DE CARÊNCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 2.1.6. PARA GRUPO SEGURÁVEL DE 30 (TRINTA) À 99 (NOVENTA E NOVE VIDAS) VIDAS

2.1.6.1. O ESTIPULANTE se obriga a fornecer a relação dos Segurados a serem inscritos, em conformidade com padrões de arquivo e formulários definidos pela SEGURADORA, segurados estes que deverão possuir o vínculo previsto na subcláusula 2.1.1. destas Condições Gerais.

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

2.1.6.3. Após esse prazo, os pedidos de inclusão de novos proponentes poderão ser aceitos, a critério exclusivo da SEGURADORA, ficando os proponentes sujeitos ao cumprimento dos prazos de carências,

bem como, eventualmente, da aplicação da cobertura parcial temporária ou agravo, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

#### 2.1.7. SEGURADOS TITULARES

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

2.1.7.2. 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.

#### 2.1.8. SEGURADOS DEPENDENTES

2.1.8.1. Poderão ser aceitos como Segurados Dependentes, 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, definidos na Proposta de Contratação do Seguro, que é parte integrante deste Contrato.

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

2.1.8.3. Para inclusão de dependentes, 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, além de outros documentos oficialmente reconhecidos e que comprovem a relação de dependência.

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

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

#### 2.1.9. SEGURADOS AGREGADOS

2.1.9.1. Para contratos com no mínimo 30 vidas, a critério exclusivo da SEGURADORA, poderão ser aceitos como Segurados Agregados, desde que cadastrados no mesmo plano do Segurado Titular, grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau de parentesco por afinidade, definidos na Proposta de Contratação do Seguro.

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



- a. O parentesco seja considerado em relação ao Segurado 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;
- d. Sejam aplicados, aos agregados, os valores da tabela de prêmios específica, por faixa etária, devidamente aceita pelo ESTIPULANTE.

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

2.1.9.1.3. Os dependentes solteiros que completarem 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.

2.1.9.1.4. 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.

#### 2.1.10. INCLUSÕES POSTERIORES E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

2.1.10.1. As inclusões posteriores obedecerão aos seguintes critérios:

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

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

2.1.10.2. As movimentações cadastrais deverão respeitar a data limite de movimentação prevista no item 11.3.1.1..

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

### 2.1.11. EXCLUSÕES DE SEGURADOS

2.1.11.1. O ESTIPULANTE deverá enviar à SEGURADORA, por escrito, quando do comunicado de exclusão do Segurado 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 Normativa Nº 279, da ANS;
- 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.

2.1.11.2. Na hipótese de descumprimento do item 2.1.11.1., 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.

2.1.11.3. 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 412/2016;
- h) Outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da SEGURADORA, quando a

solicitação for de iniciativa do segurado titular.

2.1.11.4. A exclusão do Segurado Titular só será aceita pela SEGURADORA mediante o envio das informações e documentos citados nos subitens 2.1.11.1. e 2.1.11.3. acima.

2.1.11.5. 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 279, da ANS.
- c) responsabilizar-se-á, também a ESTIPULANTE por eventuais faturamentos pró-rata originados em razão do descumprimento do prazo previsto no item 2.1.11.1. e em decorrência de pedido de exclusão realizado pelo beneficiário individual direcionado diretamente à SEGURADORA;

2.1.11.6. Para dar cumprimento ao quanto disposto nos subitens 2.1.11.1. e 2.1.11.3. o ESTIPULANTE deverá observar os prazos e condições de movimentação a serem cumpridos, na forma estabelecida neste instrumento.

2.1.11.7. 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.

2.1.11.7.1. 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](http://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.

2.1.11.8. 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 fornecerá o Cartão Individual de Identificação que consignará o Seguro contratado, com prazo de validade equivalente ao da vigência do contrato, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Segurado aos serviços referenciados.

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

2.2.3. A SEGURADORA fornecerá ao Segurado Titular os manuais informativos referentes às coberturas garantidas neste Seguro, conforme plano contratado.

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

## III- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

3.1.1.1. 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.

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 e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional até o limite de número de sessões previstos como sendo de “cobertura mínima obrigatória” estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do

evento.

3.1.1.4. Cobertura de sessões de psicoterapia, até o limite de número de sessões previstos como sendo de “cobertura mínima obrigatória” estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico 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, 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, estabelecidas 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, videolaringostroboscopia 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 (intra-operatório);

f. tratamentos para doenças infectocontagiosas;

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 347, de 02 de abril

de 2014 e suas eventuais alterações subsequentes;

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

j. cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e outras que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

k. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

l.3. procedimentos radioterápicos;

l.4. hemoterapia;

l.5. nutrição enteral ou parenteral;

l.6. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

l.7. embolizações e radiologia intervencionista;

l.8. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l.9. procedimentos de reeducação e reabilitação física;

l.10. acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

I.11. 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 estas 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 autoinfligidas;
- c. Psicoterapia de crise, que corresponde ao atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, nos limites de sessões, por Segurado, por ano de vigência da Contrato (ss/ano), 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 simetrizarão 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.

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

#### 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.

3.1.7.1.1. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, vigente à época do evento.

3.1.7.1.2. Cobertura de 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, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

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

b. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original,

conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

3.1.7.1.3. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

3.1.7.1.4. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

### 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.

#### 3.1.17.4. 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.

3.1.17.4.4. 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 ao REMISSÃO.

3.1.8.1.2. O REMISSÃO 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 ao REMISSÃO, 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 haverá a obrigatoriedade de permanência prevista nesta Cláusula, desde que seu nascimento tenha ocorrido na vigência do Seguro Saúde e sua inclusão no seguro tenha sido feita dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do seu nascimento.

3.1.8.1.6. 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. Cobertura: Morte Natural

- Aviso de Sinistro (Formulário Seguros Unimed);
- Cópia da Certidão de Óbito devidamente autenticada;
- Exames realizados que diagnosticaram a causa do óbito;
- Documentos pessoais do(a) segurado(a) titular (RG/CPF e Comprovante de residência atualizado);
- Cópia da carteirinha do plano de saúde e/ou último comprovante de pagamento (em caso de seguro vinculado ao plano de saúde);
- Certidão de casamento atualizada, com data de expedição posterior ao óbito contendo a averbação do mesmo;

Em caso de união estável encaminhar:

- Declaração pública de união estável, sendo declarado o período de convivência marital;
- Carta de Concessão do INSS da Pensão por Morte;
- Cópia da declaração de Imposto de Renda;
- Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Jurídica preenchido (Formulário Seguros Unimed).

b. Cobertura: Morte Acidental - Enviar a documentação descrita no item Morte Natural e acrescentar os

documentos descritos abaixo:

- Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo do I.M.L.;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de morte acidental em que o segurado(a) titular era o condutor);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de morte acidental, em que o segurado(a) titular era o condutor);
- Laudo de Perícia Técnica, se houver.

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, serão pagos ou reembolsados de acordo com os valores estabelecidos no Brasíndice ou Tabela Simpro, limitados aos custos dos medicamentos de fabricação nacional e reconhecidos oficialmente.

i.1. Nas eventuais omissões da Tabela SIMPRO ou do Brasíndice e ausência de similar nacional, serão considerados os preços médios de mercado ou de medicamentos análogos.

j. O valor de reembolso das próteses cobertas estará limitado aos valores listados na Tabela SIMPRO.

k. Os procedimentos de diagnose e terapia, em pacientes internados ou em casos de urgência ou emergência, deverão vir acompanhados de relatório clínico justificando sua necessidade.

### 3.3. REDE REFERENCIADA:

a. Quando o Segurado utilizar os serviços referenciados, colocados à sua disposição para facilitar o atendimento, havendo cobertura, as despesas efetuadas serão pagas pela SEGURADORA diretamente à Rede Referenciada, sem desembolso para o Segurado.

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 a 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, são encaminhados em um prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de inclusão no Seguro, caso o Segurado busque atendimento antes do recebimento do cartão de identificação, o mesmo deverá contatar a Central de Relacionamento (atendimento ao cliente 24 horas) para realizar as providências de autorização do mesmo.

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 somente ocorrerá mediante comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitadas as condições estabelecidas na legislação vigente.

g. 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 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](http://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 Relacionamento da SEGURADORA, por canais de voz, e-mail, portal e POS/online, sendo estipulado o prazo de um dia útil para o fornecimento da autorização de atendimento, contado da data do recebimento da solicitação.

i.1. 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 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 (intra-operatório);
- 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 idosos; internações em ambiente hospitalar que não necessitem de cuidados médicos;

n. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;

o. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, social ou cosmética;

p. Tratamentos de moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de cataclismos, guerras, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, quando declarados pela autoridade competente;

q. Fornecimento de medicamentos e/ou materiais cirúrgicos para tratamento domiciliar;

r. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

s. 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;

z. Saúde Ocupacional.

a1. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimental;

b2. Escleroterapia de varizes de membros inferiores com espuma e técnica à laser.

## V- DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O prazo de vigência deste Seguro Saúde é de 12 (doze) meses e seu início se dará a partir da data mencionada na Proposta de Contratação do Seguro do Seguro, a qual devidamente assinada pelas partes faz parte integrante e indissociável do presente contrato.

5.1.1. Decorrido o primeiro ano de vigência o 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	De 2 (três) a 9	De 10 (dez) a 29	Igual ou Superior a 30
	(nove) vidas	(vinte e nove) vidas	(trinta) vidas
	PRAZO	PRAZO	PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	Isento
Consulta	15 dias	15 dias	Isento
Exames Básicos	15 dias	15 dias	Isento
Terapias	30 dias	30 dias	Isento
Exames Especiais	30 dias	30 dias	Isento
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	30 dias	30 dias	Isento
Internações Clínicas	180 dias	120 dias	Isento
Internações Psiquiátricas	180 dias	120 dias	Isento
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias	120 dias	Isento
Internações Cirúrgicas	180 dias	120 dias	Isento
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto a termo	180 dias	120 dias	Isento
Parto a Termo	300 dias	300 dias	Isento
Transplantes	180 dias	120 dias	Isento
Assistência Domiciliar	180 dias	120 dias	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	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Terapias	90 dias
Exames Especiais	90 dias
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	90 dias
Internações Clínicas	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias
Internações Cirúrgicas	180 dias
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto a termo	180 dias
Parto 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, 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..

6.5.1. 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 a expensas do SUS, dentro dos limites de



abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

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

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

7.5. De acordo com a definição de doença ou lesão preexistente constante nestas Condições Gerais, deverá o Segurado ou seu representante legal informá-la à SEGURADORA, independentemente da

exigência do preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, sob pena de imputação de fraude, com a consequente perda de direito ao Seguro, observado o disposto nas demais Cláusulas nestas Condições Gerais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **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 da Segurada para recurso hospitalar mais próximo que a atenda às expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de vida, o próprio Segurado, ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço.

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

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

8.8. Na eventualidade do Segurado pleitear que a remoção seja feita para recurso hospitalar que não faça parte da Rede Referenciada ou que por razões contratuais não o atenda diretamente, o Segurado deverá negociar as bases do atendimento junto ao prestador de serviços. 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, a SEGURADORA efetuará o devido reembolso no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada e 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.

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](http://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, ao utilizar-se da livre escolha, o Segurado deverá confirmar suas coberturas por meio da Central de Relacionamento da SEGURADORA, através do número de telefone indicado nestas Condições Gerais.

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

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 e endereço completo).
- Exames Laboratoriais e Radiológicos – Pedido do médico assistente, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, 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).
- Terapias Especiais, realizadas em sessões (Fisioterapia, Acupuntura e outras) – 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 que deverá conter: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo de atendimento. Do recibo deverão constar os dados do Prestador: Nome, número do CNES, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.
- Despesas Hospitalares/Ambulatoriais:
  - a. Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e 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 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.

d. Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

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).

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.

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.

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).

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 efetivará 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(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 influído na aceitação do Seguro ou em qualquer pagamento previsto neste contrato;
- b. Fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- c. Inobservância das obrigações contratuais;
- d. Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada em nome da SEGURADORA



na elucidação do evento ou das respectivas despesas;

e. Prática de atos ilícitos ou contrários à lei.

9.12. 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 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 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 encaminhado 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.

10.3. A realização dos procedimentos 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; eletronterapia; radiomoldagem; radioimplantes e**

**braquiterapia; imunoterapia; litotripsia; hemoterapia ambulatorial; fisioterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; outros procedimentos previstos no Rol da ANS que apresentem diretriz de utilização.**

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

10.5. A Autorização Prévia somente será efetivada pela SEGURADORA mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente e conforme prazos estabelecidos em legislação vigente.

10.5.1. 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 259/2011 e subseqüentes 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.

10.8. 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](http://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 RN 424.

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.

## 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 9.656/98.

### 11.3. FATURAMENTO

11.3.1. A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pelo ESTIPULANTE à SEGURADORA tendo como regra os seguintes prazos:

Vigência	Limite de movimentação
Dia 01	Dia 18
Dia 10	Dia 29
Dia 20	Dia 08 do mês subsequente

11.3.1.1. Sendo de exclusiva responsabilidade do ESTIPULANTE a comunicação, a qual deverá ocorrer no prazo citado no item 11.3.1. para movimentação, dos pedidos de novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão individual por inadimplência do Segurado. Na falta de comunicação destas movimentações até essa a data informada no quadro do item 11.3.1., o faturamento terá como base o número de Segurados do mês anterior.

11.3.1.2. Observado o item acima, a SEGURADORA terá 72 (setenta e duas) horas para a emissão do faturamento a partir da data limite de movimentação mencionada no item 11.3.1. , ressalvado que as movimentações recepcionadas após esta data poderão ser contempladas no faturamento subsequente, não eximindo desta forma, o ESTIPULANTE do pagamento das contraprestações pecuniárias em caso de alocação posterior.

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 feito na rede bancária, até o vencimento dela constante pelos valores ali contidos, observado o disposto nestas Condições Gerais.

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

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

11.3.6.1. 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, onde tal pagamento será assumido integralmente pelo Segurado e pago diretamente à SEGURADORA.

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

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

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

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 RN nº. 412/2016.

## 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 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:

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

Onde:

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

$\text{IndcEC}_i$  = 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 e Dependentes) 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 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 mais sinistros pendentes de pagamento, descontado as coparticipações, alocados na data de seu pagamento, 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 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 a seguir.

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

Onde:

*Sinistro* = Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento do Contrato, alocados na data da sua ocorrência, 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) reavaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) 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 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), indicado no item 12.3.2.2. das Condições Gerais, será aplicado de acordo com a tabela abaixo:

Sinistralidade	Reajuste por Sinistralidade (RS)
Até 70%	Reajuste Financeiro + 0%
70,01 a 80%	Reajuste Financeiro + 5%
80,01 a 90%	Reajuste Financeiro + 10%
90,01 a 100%	Reajuste Financeiro + 15%
100,01% a 110%	Reajuste Financeiro + 20%
110,01% a 120%	Reajuste Financeiro + 30%
Mais de 120,01%	Reajuste Financeiro + 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 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 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 na Proposta de Contratação do Seguro do Seguro.

$$RS = \left[ \frac{\text{Sinistro}}{\beta \times PR} \right] - 1 \times 100$$

Onde:

*Sinistro* = Corresponde ao total de sinistros pagos mais sinistros pendentes de pagamento do Contrato, alocados na data da sua ocorrência, 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;

$\beta$  = sinistralidade informada na proposta de contratação do Seguro;

12.3.3.3. Na 1ª (primeira) reavaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) 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 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 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 faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

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 279/11 da ANS, 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, dependendo do caso, como demitido ou aposentado.

15.1.4. O ESTIPULANTE ficará obrigado a observar as condições de movimentação e exclusão de Segurados, previstos respectivamente, nos itens 2.1.9 e 2.1.10., 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 especializadas em saúde 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 a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

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

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

15.8. Os benefícios previstos nesta Cláusula não excluem vantagens obtidas pelos Segurados/empregados

decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.9. Em caso de morte do Segurado 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 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 do 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 Agregado(s), 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 efetivada pelo segurado individual ocasionado pelo descumprimento do prazo previsto no item 2.1.10.1..
- 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, 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.

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 instado pela OPERADORA, nas datas de aniversário do contrato, não comprove a regularidade quanto à inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, no prazo de 60 (sessenta) dias, o contrato também poderá ser 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 resilido unilateralmente pela SEGURADORA, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias:

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

c. nos casos de não pagamento do acréscimo resultante dos reajustes de coparticipações/franquias previstos nestas Condições Gerais.

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

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 resiliado:

- 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 antecedência.

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

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

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

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

contido nestas Condições Gerais.

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

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

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

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

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

B4) O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) também estará à disposição (para leitura e impressão) por meio do site [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br), podendo ser obtido em Para sua Empresa > Saúde > na aba Serviços > Resolução Normativas da ANS.

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

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

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

18.2.3. O uso indevido do Cartão de Identificação, de qualquer Segurado, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Segurado 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 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 23 da Resolução Normativa nº 195/09, serão aplicadas as mesmas condições da empresa ESTIPULANTE, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas, inclusive quanto à renegociação de reajuste.

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

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

#### 18.9. NOVAÇÃO

18.9.1. Qualquer tolerância quanto às obrigações ora estabelecidas não 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 195/09, de 14 de julho de 2009, as quais estão descritas no item de CONCEITOS E DEFINIÇÕES nestas Condições Gerais.

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

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

18.10.9. Surgindo divergência quanto à interpretação ou extensão do pactuado neste contrato ou quanto à execução das obrigações dele decorrentes, ou constatando-se nele a existência de lacunas, solucionarão as partes tais divergências, de acordo com os princípios da boa-fé, da equidade, da razoabilidade e da economicidade e preencherão as lacunas com estipulações que, presumivelmente, teriam correspondido 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](http://www.ans.gov.br).

## 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;
- 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 identifica o Segurado e seu respectivo seguro 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 contribuiram

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;

- 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 vinculada ao Segurado Titular, conforme definido nestas Condições Gerais, efetivamente incluído no seguro;
- Segurado Titular é o componente do grupo Segurado, efetivamente incluído no seguro e responsável pelas informações prestadas no Cartão proposta, que mantém vínculo direto com o ESTIPULANTE;
- SEGURADORA é a UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., Companhia legalmente autorizada pelo Governo Federal, registrada na ANS sob o número 00.070-1 e classificada na modalidade SEGURADORA especializada em Saúde, que assume as coberturas descritas nas Condições Gerais deste Seguro;
- Seguro Contributário é aquele para o qual o Segurado contribui, total ou parcialmente, para o pagamento do prêmio. Não se considera contributário, para fins do benefício previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, a participação do Segurado a título de coparticipação;
- Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês da ocorrência pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os últimos três meses do período analisado;

- Sinistro é a ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições do seguro;
- Tabela SIMPRO é uma publicação especializada em divulgar preços atualizados de materiais e medicamentos de abrangência nacional;
- 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 – PME COMPACTO ENF

475.571/16-5

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:** PME Compacto Enf;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.571/16-5;
- 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 vigência do 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 vigência do 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 3.1.18.1. "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 idosos 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 - PME EFETIVO APTO

475.568/16-5

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:** PME Efetivo Apto;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.568/16-5;
- 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 vigência do 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 vigência do 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 3.1.18.1. "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 idosos 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 - PME COMPLETO APTO

475.576/16-6

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:** PME Completo Apto;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.576/16-6;
- 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 vigência do 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 vigência do 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;

#### **2.2.4. 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 idosos 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 - PME SUPERIOR APTO

475.580/16-4

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:** PME Superior Apto;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.580/16-4;
- 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 vigência do 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 vigência do 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;

**2.2.4. 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 - PME SÊNIOR APTO 475.583/16-9

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:** PME Sênior Apto;
- b) **Contratação:** Coletivo Empresarial;
- c) **Número Registro ANS:** 475.583/16-9;
- 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 vigência do 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 vigência do 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. 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.

**2.2.4. 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. 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  
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611  
Ouvidoria: acesse [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria) ou ligue 0800 001 2565

Telefones Contingenciais: Atendimento Nacional: (0xxDDD) 4000-1633  
Atendimento ao Deficiente Auditivo: (0xxDDD) 4000-1611 | Ouvidoria: (0xxDDD) 4000-1285  
[DDD da capital do estado do segurado]

[www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br) | S-592 V7 09/2020