CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

PLANO MASTER EMPRESARIAL

412.916/99-4
Protocolo na SINPAS Nº. **412.917/99-2**

Proposta de Adesão nº. _____

UNIMED PALMAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica do direito privado com sede à 104 Norte ACNE 01 CONJ. 02 LOTE 02 – Edifício Beatriz, Centro, nesta Capital, inscrita no C.G.C./M.F. sob nº. 37.313.475/0001-48, no CRM-TO sob nº. 114, e na SUSEP sob o nº. **30.990**, aqui denominada CONTRATADA contrata com o usuário identificado na Proposta de Adesão acima enumerada, aq denominada CONTRATANTE, a prestação dos serviços médicos e hospitalares conforme cláusulas e condições enumeradas no presente contrato, que se encontra registrado no ____ Tabelionato de Protestos e Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos de Documentos de Palmas, sob o número _____ em ___ de _____ de 1.999.

- **CLÁUSULA I - DO OBJETO**

1.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços de saúde suplementar previstos na lei 9.656 de 03 de junho de 1998, em conformidade com as resoluções do CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar e CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados, nas condições definidas neste contrato e seu módulo.

1.2 - A CONTRATADA, representando os médicos cooperados e as instituições por eles contratadas e conveniadas, obriga-se a prestar toda a assistência médico hospitalar à saúde ao CONTRATANTE e seus respectivos dependentes e/ou agregados. Assistência médico hospitalar essa a ser prestada em toda área de ação da UNIMED PALMAS, nas demais cooperativas UNIMED do País.

1.2.1 – A área de ação da CONTRATADA compreende os seguintes municípios: Palmas, Paraíso do Tocantins, Porto Nacional, Miracema do Tocantins, Miranorte, Tocantínia, Taquaralto, Taquarussú, Aparecida do Rio Negro, Lajeado, Ponte Alta, Arraias, Taguatinga, Dianópolis, Cristalândia, Pium, Dois Irmãos, Caseara, Barrolândia, Novo Acordo, Santa Tereza do Tocantins, Monte do Carmo, Rio do Sono, Lagoa da Confusão e Araguacema e todo Território Nacional.

1.3 - O PLANO MASTER EMPRESARIAL é um plano de saúde suplementar familiar ou individual, composto pela internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento ambulatorial, conforme previsto na lei 9.656/98 art. 12 incisos I a IV.

suas variações aleatórias; os custos dos serviços, os encargos incidentes, as tabelas de remuneração e as margens de segurança.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual o usuário não tem direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação, etc.). Para toda utilização dos serviços e coberturas contratadas é exigida sua apresentação acompanhada de outro documento de identificação civil.

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, definidos em cláusulas contratadas, a que os usuários têm direito ao atendimento e aos serviços.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos e em que a condição da assistência em atendimento ambulatorial é garantida para urgência e emergência.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições de saúde d pessoa. Compreende ato médico completo, incluindo retorno, avaliação de exames complementares e tratamento.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência.

DOENÇA: falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o individuo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de caracteristica grave e de curta duração, podendo ser reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA - são anomalias anatômicas ou funcionais, genéticas ou não, presentes quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirid que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer po sua ação direta ou indireta por suas conseqüências, de que o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

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

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, vinculadas através de contrato particular, para a prestação de serviços aos usuários.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

TABELA DE REFERÊNCIA: valores indicados para todos os atos médicos ou procedimentos contidos no rol de procedimentos.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal voluntário ou não, bem como de complicação no processo gestacional.

VIGENCIA INICIAL: é o período a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina a vigência contratual, cujo **prazo mínimo** é de 12 (doze) meses.

VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO: é o período posterior ao da vigência inicia.

2.3 - Por convenção, adotou-se nestas condições gerais o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) usuários(as).

- **CLÁUSULA III - DOS PARTICIPANTES DO CONTRATO COLETIVO**

3.1 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 PARTICIPANTES

3.1.1 - Nos contratos coletivos com um número de inscrições menor do que 50 (cinqüenta) participantes, haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes para os contratos, porém não será exigido o cumprimento de carências.

3.1.1.1 - Os participantes deste, se comprometem ao preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde.

3.1.2 - A DECLARAÇÃO DE SAÚDE consiste em informações sobre a condição de saúde obtidas em uma entrevista qualificada na presença de médico disponibilizado para tal fim ou constante da lista de cooperados, devendo o usuário titular declarar todas as doenças do seu conhecimento prévio, em relação a ele próprio e a todos os integrantes de seu grupo familiar.

3.1.3 - O médico atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

3.1.4 - A critério exclusivo da CONTRATADA, esta poderá prescindir da Declaração de Saúde ou após a análise dessa, exigir exame médico e ou complementares prévios à admissão (EXAME PRÉ ADMISSIONAL), para confirmação ou exclusão de doenças preexistentes.

disquete, ou através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediantes documentos oficialmente instituídos.

4.3.2 - **O CONTRATANTE** exibirá os documentos de comprovação da qualidade de dependentes e agregados de seus empregados.

4.3.3 - Os usuários inscritos no(s) plano(s) contratado(s) farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições gerais e contratuais.

4.3.3.1 - Os usuários regularmente inscritos receberão um cartão individual de identificação próprio, após a movimentação cadastral.

4.3.4 - Serão asseguradas inclusões posteriores à assinatura do contrato EXCLUSIVAMENTE para:

4.3.4.1 - o recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, contanto que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do nascimento.

4.3.4.2 - o filho adotivo, menor de doze anos, desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data da adoção.

4.3.4.3 - o cônjuge recém-casado do usuário titular, desde que inscrito no prazo de 30 (trinta) dias e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do casamento.

4.3.4.3.1 - o sogro e a sogra do usuário titular recém-casado, desde que inscrito no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do casamento.

4.3.4.4 - os novos dirigentes, sócios ou empregados nas mesmas condições dos participantes inscritos inicialmente no(s) plano(s) contratado(s), desde que haja comunicação formal neste sentido, em até 90 (noventa) dias, contados da data que tenha gerado o direito de inclusão, **observado o período para a movimentação cadastral.**

4.3.5 - Nos contratos contributivos, a **EXCLUSÃO** de usuário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória e tolerada nos casos de demissão do empregado participante, respeitado o direito de continuidade nos prazos definidos na lei, e de transferência do empregado para outra localidade diferente daquelas contidas na área de abrangência deste contrato.

4.3.6 - Toda exclusão de usuários deverá ser comunicada à **CONTRATADA,** através de meio magnético ou em impresso próprio fornecido pela mesma, obedecendo o prazo de movimentação cadastral, obrigatoriamente acompanhado do cartão magnético de identificação, ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.

4.3.6.1 - O prazo determinado para a movimentação cadastral compreende o período que antecede a data de pagamento da mensalidade, **tendo como limite o 15º (décimo quinto) dia antecedente à referida data.**

5.7 - O direito que confere a lei, cessa no momento que por qualquer razão cesse o contrato entre as partes.

5.8 - O titular, ex-empregado do CONTRATANTE, que não participar financeiramente do plano durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida nesta cláusula.

5.9 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

- **CLÁUSULA VI - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO**

6.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, e a cada titular, no ato da assinatura do contrato, GUIA DE SERVIÇOS UNIMED PALMAS, contendo a relação dos médicos cooperados, com indicação das especialidades, endereços de seus consultórios e horários de atendimento, relação das entidades hospitalares, clínicas de diagnósticos e tratamento contratados e serviços próprios e relação com os endereços das sedes das demais Cooperativas UNIMED do País.

6.2 - Para os procedimentos ou eventos que não sejam a consulta médica, será sempre exigida a solicitação **com a indicação clínica do exame,** emitida e assinada pelo médico cooperado assistente que realizou a consulta e/ou se responsabiliza pelo procedimento a executar. Estas solicitações serão todas em formulários próprios da UNIMED PALMAS, autorizadas pela mesma.

6.3 – Nos casos de urgência e emergência a internação será feita diretamente, devendo o usuário providenciar a autorização de internação nas 48 horas úteis subsequentes de sua internação;

6.4 - Todo atendimento na rede UNIMED será feito mediante a apresentação do cartão magnético de identificação do usuário, emitido pela CONTRATADA, acompanhado do documento de identidade civil do usuário ou de seu responsável.

6.5 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED PALMAS, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

6.5.1 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente
autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED PALMAS a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

6.5.2 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

6.5.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso à

f) hemorterapia ambulatorial;
g) psicoterapia de crise, atendimento intensivo por um ou mais profissionais da área de saúde mental, **com duração de 12 (doze) semanas e até um total de 12 (doze) sessões por ano de contrato;**
h) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar e não se caracterize como internação hospitalar;
i) quimioterapia ambulatorial;
j) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.)
k) remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica do contrato;
l) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

7.3 - PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

7.3.1 - O PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA compreende **EXCLUSIVAMENTE** os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos, **não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.**

7.3.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários **quando em regime de internação e regularmente inscritos neste plano,** a seguinte cobertura:
a) assistência nas doenças infecto-contagiosas;
b) assistência ao parto normal ou cesárea;
c) assistência médica e hospitalar durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, aos recém nascidos cujo parto tenha sido coberto pela UNIMED PALMAS;
d) procedimentos relativos ao pré-natal;
e) assistência nos abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
f) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
g) das despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida, mediante justificativa do médico assistente.
h) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
i) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnostica;
j) fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
k) internações em clinica psiquiátrica, para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, limitadas a no máximo 60 (sessenta) diárias;
l) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar;
m) internações hospitalares, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

1 .Para utilização de acomodação privativa, o grupo familiar terá que cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação,

2. A migração para a acomodação coletiva também será possível, desde que, após a última alta hospitalar o grupo familiar tenha permanecido por outros 180 (cento e oitenta) dias contribuindo no plano privativo.

7.3.4.4 - As internações em acomodações superiores às contratadas, por opção do contratante, implicam pagamento pelo mesmo ou por seu responsável diretamente ao hospital ou prestador de serviços, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais deveram ser acordadas previamente, por iniciativa do "Usuário" ou Responsável.

7.3.4.5 - A diferença de custos, inclui valores de honorários profissionais, de diárias e serviços. Não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

7.3.4.6 - Aos usuários menores de 18 (dezoito) anos, será garantida a cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar.

7.3.4.7 - As despesas do acompanhante do menor, referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno, quando da contratação do Plano Hospitalar com Obstetrícia.

7.3.4.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior, não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo menor.

• CLÁUSULAVIII – DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

8.1 - EXCLUSÕES COMUM À TODOS OS PLANOS

8.1.1 - Ficam EXCLUÍDOS da cobertura de qualquer um dos planos contratados, os serviços abaixo relacionados:

a) **atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;**
b) **casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
c) **consultas domiciliares;**
d) **fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;**

t) exames-médicos para piscina, ginástica e outros que não sejam por cuidados com a saúde.

8.2 - EXCLUSÕES DO PLANO AMBULATORIAL

8.2.1 - No Plano Ambulatorial, ACRESCENTAM-SE ainda às EXCLUSÕES de cobertura comum à todos os planos, citadas no item 8.1 acima, os procedimentos a seguir relacionados:

a) Embolizações e radiologia intervencionista.

b) Nutrição enteral e parenteral;

c) Procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica;
d) Procedimentos que exijam anestesia diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio;

e) Quimioterapia intratecal e as que demandem internação;

f) Radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;

8.3 - EXCLUSÕES DO PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

8.3.1 - No Plano Hospitalar Com Obstetrícia, ACRESCENTAM-SE ainda às EXCLUSÕES de cobertura comum à todos os planos, citadas no item 8.1 acima, os procedimentos abaixo relacionados:

a) tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;

b) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

c) consultas ambulatoriais e domiciliares;

• CLÁUSULA IX - DAS CARÊNCIAS

9.1 - Serão observados os prazos de carências abaixo, para os atendimentos de que trata este contrato:

a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura AMBULATORIAL dos casos de Urgência, conforme determina a Lei 9.656/98, incisos I e II do art. 35-D;

b) 24 (vinte e quatro) horas para Acidente Pessoal;

c) 30 (trinta) dias para consulta;

d) 60 (sessenta) dias para uso do transporte Aeromédico;

e) 180 (cento e oitenta) dias para Internação Hospitalar em clínicas não cirúrgicas;

XXIV.TESTE ERGOMETRICO

XXV. LAPAROSCOPIA E VIDEOLAPAROSCOPIA

XXVI.TESTE ALERGICOS E PNEUMOLOGICOS

XXVII. RETOSSIGMOIDOSCOPIA

h) 300 (trezentos) dias para Partos a termo.

i) 730 (setecentos e trinta) dias para cobertura das doenças preexistentes

9.2 - Inicia-se a contagem do prazo de carência a partir da data de inclusão do usuário (titular, dependente e/ou agregado) neste contrato.

9.3 - É assegurada a inscrição ao recém-nascido, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade correspondente, a contar da data do nascimento.

9.3.1 - Ao filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, será garantida sua inclusão neste plano com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular adotante, observado o pagamento proporcional da mensalidade correspondente, a contar da data da adoção.

9.4 - É assegurada a inscrição ao cônjuge do usuário neste contrato, quando na situação de recém-casado. O período de carências já cumpridas pelo cônjuge titular será contemplado também para o cônjuge dependente, desde que sua inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do casamento e seja efetuado pagamento proporcional da mensalidade correspondente, a contar da data do casamento.

9.5 - É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da Declaração de Saúde, com EXCEÇÃO às crianças nascidas de parto coberto pela UNIMED PALMAS.

9.6 – Os usuários incluídos fora dos prazos estabelecidos neste contrato cumprirão integralmente as carências previstas nesta cláusula.

- **CLÁUSULA X – DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS**

10.1 - As coberturas descritas nestas condições gerais, e celebradas no contrato, são exclusivas para o limite geográfico, que determina área de ação da UNIMED PALMAS, compreendendo os seguintes municípios: PALMAS, PARAÍSO DO TOCANTINS, PORTO NACIONAL, MIRACEMA DO TOCANTINS, MIRANORTE, TOCANTÍNIA, TAQUARALTO, TAQUARUSSÚ, APARECIDA DO RIO NEGRO, LAJEADO, PONTE ALTA, ARRAIAS, TAGUATINGA, DIANÓPOLIS,

- **CLÁUSULA XIII - DO CUSTO OPERACIONAL**

13.1 - Entende-se por Custo Operacional o pagamento integral pelo usuário dos procedimentos por ele utilizados, na conformidade das tabelas de remuneração aos cooperados e pagamento aos prestadores, quando utilizada a rede própria ou credenciada.

13.1.1 - A responsabilidade financeira do procedimento em Custo operacional será assumida pelo CONTRATANTE ou, com sua interveniência, pelo funcionário titular.

13.1.2 - Os procedimentos realizados fora da área de abrangência deste plano, serão cobrados em conformidade com as tabelas praticadas na localidade da realização dos serviços.

13.2 - É facultado ao usuário a utilização dos serviços na modalidade de Custo Operacional nos seguintes casos:

I. **para as lesões ou doenças preexistentes, durante o período da cobertura parcial temporária, quando for o caso;**

II. **nos serviços excluídos específicos do plano contratado (Hospitalar com Obstetrícia);**

13.3 - Em hipótese nenhuma farão jus à modalidade de custo operacional, os procedimentos abaixo relacionados:

a) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
c) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
d) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

CLÁUSULA XIV – DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA

14.1 - Os valores previstos contratualmente, foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a freqüência esperada de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico.

14.2 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades, serão reajustado anualmente considerando-se os fatores abaixo relacionados, caso alterem o equilíbrio econômico e financeiro do plano:

a) elevação de preços dos componentes do custo;

quando se tratar das previstas nas faixas etárias, que se darão no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

14.3.4 - O aumento da sinistralidade no plano, a majoração dos custos dos insumos, poderão ensejar reajustes técnicos ou financeiros por parte da CONTRATADA, sempre com aprovação e autorização pela SUSEP.

14.3.5 - Os desvios verificados na freqüência esperada de utilização dos serviços ou a redução significativa da massa de participantes, poderão ensejar, a qualquer tempo, a adoção de medidas de moderação de uso, desde que a equilíbrio do plano esteja comprometido, mediante acordo entre as partes.

14.4 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS.

14.4.1 - O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula: REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X I NDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS).

14.4.2 - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;

b) diárias e taxas hospitalares;

c) materiais;

d) medicamentos.

14.4.3 - Compõem as despesas administrativas:

a) salários; e

b) outras despesas.

14.5 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS

14.5.1 - As mensalidades, definidas na Proposta de Adesão, devem ser quitadas até à data do seu vencimento, em banco ou na sede da CONTRATADA.

14.5.2 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED PALMAS para que não se sujeite as conseqüências da mora.

14.5.2.1 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço

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

15.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

15.4 - Os valores a serem reembolsados serão os das tabelas de remuneração e pagamentos aos prestadores, da UNIMED PALMAS.

15.4.1 - Quando, nas situações de urgência e emergência, o atendimento no âmbito nacional se der em **HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA (hospitais com tabela própria)**, credenciados ou não no Sistema UNIMED, os custos daí provenientes serão reembolsados ao CONTRATANTE de acordo com as tabelas próprias da UNIMED PALMAS, e não daquelas praticadas pelo hospital em que se deu o atendimento.

15.5 - A CONTRATADA tem o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido, contados a partir da entrega da documentação e da confirmação de que estão suficientes e satisfatórios. O cheque ou ordem de pagamento, em nome do CONTRATANTE, ficará à disposição do mesmo dentro daquele prazo,

15.6 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

- **CLÁUSULA XVI - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA**

16.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde ora contratado, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 1 (um) ano, contado da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

16.1.1 - Quando se fizer necessária a internação hospitalar, esta será em acomodação coletiva, não importando o tipo original contratado.

16.1.2 - Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições anteriores.

16.2 - Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se usuário dependente, os seguintes:

a) cônjuge ou companheiro do titular;
b) filhos e os equiparados aos filhos, solteiros e menores de 24 anos.

16.2.1 - O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil.

provocar o cancelamento deste contrato, após a notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as conseqüências da mora.

- **CLÁUSULA XIX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E DO FORO**

19.1 - O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais para esse efeito.

19.2 - Após o protocolamento, na dependência de aprovação dos órgãos oficiais competente, havendo alterações os CONTRATANTES serão notificados e os contratos aditivados.

19.3 - Fica definido como foro o município de residência fornecido pelo CONTRATANTE na época de assinatura do presente contrato, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente contrato, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Palmas, 31 de maio de 2005.

Diretor de Mercado

CONTRATANTE **CONTRATADA**

TESTEMUNHAS

Nome:
C.P.F.:

Nome: Luziano Santos
C.P.F.: 625.964.893-68