

# REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE UNIFLEX

## 1 – Objeto

O presente Regulamento tem por objetivo retratar as formalidades oriundas do contrato formado entre a PREVISC e UNIMED, nos termos da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, segundo opção única de acomodação feita pela (PREVISC) na Proposta de Contratação, qual seja **Plano Uniflex Apartamento – internação em apartamento standard com banheiro privativo e direito a acompanhante**.

1.1 O contrato observa o Regime de Contratação Coletiva Por Adesão, por este entendendo-se aquele que oferece cobertura completa prestada à população vinculada à PREVISC, tendo adesão espontânea e opcional do dependente “agregado” do empregado, que se responsabiliza pelo total pagamento da contraprestação mensal.

1.2 Será usuária do plano de saúde a população delimitada e vinculada aos planos das patrocinadoras administradas pela PREVISC no Estado de Santa Catarina, segundo Fichas de Adesão preenchidas pelos empregados interessados.

## 2 - Coberturas

Os usuários regularmente inscritos no Plano de Saúde, terão direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar a ser efetuado em rede própria ou credenciada da UNIMED e realizado por médicos cooperados desta, observados os limites de carência estabelecidos no contrato. Além das definições impostas pelo rol de procedimentos da Resolução ANS/RDC n.º 41 de 14 de dezembro de 2000 (ou por regulamentação que a substitua), o atendimento a que se refere o presente item observará as seguintes condições de cobertura:

- a) assistência a saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas e resoluções da ANS.
- b) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- c) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente;
- d) internações hospitalares, e em centro de terapia intensiva, ou similar, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- e) despesas referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- f) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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;
- g) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográficas previstos no contrato;
- h) atendimento obstétrico;
- i) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou formalização da adoção;
- j) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- k) procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada quando da internação hospitalar, consoante resoluções da ANS;
- l) as órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico e fornecidas pela UNIMED ou por quem ela indicar;
- m) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

- I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas com seus procedimentos vinculados — por estes entendidos aqueles necessários à realização do transplante —, inclusive: despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);
- II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes;

n) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

#### **I. ambulatorial:**

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativos;
- c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente.

#### **II) hospitalar:**

- a) Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo, ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- d) além da cobertura especificada nas letras "a" e "b" acima, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia. Nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive os sintomáticos (F 00 a F09 do CID 10), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), retardo mental (F70 a F79), transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98);
- e) a UNIMED poderá definir um prazo máximo de 180 dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

### **3 - Carências**

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os usuários deverão cumprir os períodos de carências abaixo elencados, contados do início da vigência do contrato ou da inscrição do novo usuário:

	<b>CARÊNCIAS</b>
• <b>Urgência e Emergência</b>	<b>24 horas</b>
• <b>Consultas médicas</b>	<b>30 dias</b>
• <b>Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia</b>	<b>30 dias</b>
• <b>Fisioterapias</b>	<b>90 dias</b>
• <b>Partos a termo</b>	<b>300 dias</b>
• <b>Todos as demais coberturas</b>	<b>180 dias</b>

3.1 Além dos prazos de carências previstos para os serviços listados acima, contados a partir da data de inclusão de cada novo usuário, fica estabelecido o prazo de 06 (seis) meses de carência contados a **partir de 1º/05/2001**, para todos os usuários, inclusive os já inscritos, para usufruírem das seguintes coberturas:

- Internações Psiquiátricas;
- Tratamento de AIDS;
- Órteses e Próteses (quando no procedimento cirúrgico);
- Transplante de córnea e rim;
- Radiologia intervencionista;
- Cirurgia buco-maxilo-facial;
- Eliminação das restrições quanto às quantidades de serviços previstas no contrato anterior;
- Cobertura de doenças ou lesões pré-existent;

#### **4 - Urgência e Emergência.**

A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem *risco imediato de morte* ou *lesões irreparáveis* para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional (observadas as disposições dos itens 14.3, 14.4 e 14.5, é assegurada após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

4.1 Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 1 (um) dia útil, contado da data de internação, para providenciar os documentos mencionados na letra "d", do item 11, sob pena da UNIMED não se responsabilizar por qualquer despesa.

4.2 Os usuários inscritos no Plano de Saúde Uniflex terão direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da Unimed, praticada no Estado de Santa Catarina. A PREVISC ou o usuário deverá entregar toda a documentação relativa as despesas efetuadas, recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência. A documentação deverá ser entregue à UNIMED no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta, e esta terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para providenciar o reembolso.

#### **5 - Procedimentos Excluídos.**

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) inseminação artificial;

- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismo, guerras e comocões internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) transplantes e as despesas dele decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) consultas domiciliares;
- l) quaisquer tratamentos odontológicos, exceto letra "j" do item 2;

## 6 - Local da Prestação dos Serviços

Os serviços ora contratados serão prestados pelos médicos cooperados e rede própria, contratada ou vinculada ao Sistema Nacional Unimed, excluídos da cobertura do contrato os seguintes hospitais:

- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento;
- **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José e Hospital Santa Joana;
- **Rio de Janeiro (RJ):** Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D´Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minnesota (Vila Serena);
- **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador e Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital;
- **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- **São Paulo (SP):** Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírío Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A., Pronto Socorro Infantil Sabará S.A. e Pro-Matre Paulista S.A.;

## 7 - Usuário Titular e Dependente

Adquirem a qualidade de "usuário" deste Plano de Saúde Uniflex, os participantes e seus dependentes "agregados", inscritos nos Plano de Benefícios administrados pela PREVISC, no Estado de Santa Catarina, observando-se a seguinte relação de parentesco: filhos em qualquer condição, pai e mãe, padrasto e madrasta, sogro e sogra, irmãos, netos, sobrinhos, ex-cônjuges.

## 8 - Inclusão e Exclusão de Usuários

A PREVISC se obriga a informar à UNIMED, a relação dos usuários, com nome e qualificação completa de cada um deles, tanto no ato da celebração deste instrumento como posteriormente, sempre que houver inclusões ou exclusões de usuários. Responsabiliza-se a PREVISC pela indicação da relação de parentesco; assegura-se à UNIMED o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

8.1 As inclusões e exclusões deverão ser informadas à UNIMED até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

8.2 É assegurada a inscrição dos filhos dos usuários, nas mesmas condições de cobertura que tenha a mãe do recém-nascido, inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que:

- a) a mãe tenha cumprido seus prazos de carências;

- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento;
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade.

8.3 Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura que tenha o legítimo(a) (recém-nascido(a)), inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção.

8.4 Será automaticamente excluído do contrato o usuário:

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

## **9 – Proposta de Contratação, Declaração de Saúde e Contrato**

A PREVISC deverá preencher e assinar o contrato, a Proposta de Contratação e as Fichas de Adesão dos usuários.

9.1 As Fichas de Adesão, serão também assinadas pelos usuários.

## **10 – Cartão de Identificação**

A UNIMED fornecerá ao usuário o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens do contrato.

10.1 No cartão de identificação, o *Plano Uniflex Apartamento* será indicado pela expressão “Plano U6”.

10.2 Em caso de exclusão de dependente, rescisão, resolução ou rescisão do contrato, é obrigação do usuário(a) devolver para PREVISC os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder judicialmente pelo uso indevido.

10.3 Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o usuário deverá comunicar imediatamente à PREVISC, e esta a UNIMED, por escrito, sob pena do usuário responder pelos prejuízos que advierem da indevida utilização. A emissão de uma segunda via do cartão acarretará um custo estipulado pela UNIMED.

## **11 - Condições de atendimento**

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

- a) Consultas:** os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, conforme GUIA MÉDICO DA UNIMED, dentre os cooperados das cooperativas médicas UNIMED, observado o horário normal de seus consultórios;
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais e obstétricos:** serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela UNIMED;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação exclusiva do médico cooperado e autorização prévia da UNIMED;
- d) Internações hospitalares:** serão processadas mediante *Pedido de internação* assinado pelo médico cooperado (salvo nas hipóteses de urgência e emergência) e *Guia de Internação* expedida pela UNIMED em favor do usuário.

11.1 Os usuários titulares receberão um **Guia Médico**, que conterá a relação dos profissionais e entidades prestadoras de serviços, da área de ação da UNIMED.

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

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

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

## **12 – Participantes Assistidos**

O participante assistido pela PREVISC que, em decorrência do vínculo empregatício com a patrocinadora, e que contribuiu para o plano de saúde, é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

## **13 - Despesas Extraordinárias.**

A UNIMED não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes.

13.1 A responsabilidade pelo pagamento destas despesas será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

## **14 - Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência.**

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência estará à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, sendo o atendimento efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento, observadas as limitações de cobertura contratuais.

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

Neste caso, poderão ser feitos os seguintes trajetos:

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

14.2 O serviço poderá ser utilizado também pelo paciente que, na alta hospitalar, com justificativa do médico assistente, esteja impossibilitado de ser transportado para sua residência por meios normais.

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

14.4 O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

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

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

14.7 As aeronaves não conterão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

14.8 Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo.

14.9 Para a aquisição deste benefício, os usuários deverão cumprir 60 (sessenta) dias de carência, a partir da data da sua inscrição, ressalvadas as hipóteses de urgência e emergência disciplinadas no item 4 deste manual.

## **15 – Condições de Pagamento.**

Os usuários do Plano de Saúde Uniflex obrigam-se a pagar à UNIMED através de repasse efetuado pela PREVISC, sendo os valores descontados em folha de salários ou cobrança bancária dos associados conforme o valor da mensalidade e essa importância correspondente ao número de usuários aderentes ao Plano.

15.1 Os valores a que se refere este item, serão repassados pela PREVISC à UNIMED até o décimo dia útil de cada mês.

## **16 - Da Mora**

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

## **17 - Do Reajuste**

Salvo ajuste em contrário, o contrato será reajustado anualmente, em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua.

17.1 As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do usuário, no mês seguinte àquele em que completar sessenta anos de idade.

17.2 O usuário com mais de sessenta anos de idade que participe deste plano por período contínuo e superior a 10 (dez) anos, não terá suas mensalidades majoradas em razão de mudança de faixa etária, permanecendo os reajustes anuais decorrente da inflação.

17.3 Fica estabelecido o mês de MARÇO de cada ano como data base para renovações dos contratos.

## **18 - Suspensão ou Rescisão Contratual.**

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na sua suspensão ou rescisão, a critério da PREVISC, salvo se a inadimplência ocorrer durante a internação do titular.

18.1 A USUÁRIO será comprovadamente notificado(a) até o quinquagésimo dia de inadimplência.

18.2 O contrato (PREVISC e UNIMED) rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir os itens do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados, a utilização indevida do cartão individual de identificação e a omissão ou distorção de informações por parte da PREVISC;
- c) por iniciativa da PREVISC, mediante prévio aviso de 30 (trinta) dias — não se admitindo novas inclusões neste período.

### **19 - Multa Rescisória.**

Na hipótese da letra "c" do item anterior, caso a rescisão ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, a PREVISC sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

### **20 - Prazo e Vigência**

O contrato vigorará por 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, no silêncio das partes prorrogando-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado.

### **21 - Reclamações.**

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deverão ser encaminhadas por escrito à UNIMED, com cópia para PREVISC.