

**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES,
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA**



N.º DO REGISTRO PROVISÓRIO NA AGÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) : 35.903-3

N.º DO SINPAS (SISTEMA INTEGRADO DE PROTOCOLOS E
ARQUIVOS DA ANS):.....

ÍNDICE:

	Pag.
1. DO OBJETO	4
2. DAS DEFINIÇÕES	5
3. DOS PARTICIPANTES	13
4. DA ADEÇÃO E INÍCIO DE VIGÊNCIA	14
5. DA EXCLUSÃO	15
6. DAS MOVIMENTAÇÕES E MUDANÇA DE PLANO	16
7. DOS SERVIÇOS	16
8. DAS CARÊNCIAS E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS	21
9. DAS CO-PARTICIPAÇÕES	23
10. DOS PAGAMENTOS	25
11. DOS REAJUSTES	28
12. DAS RESPONSABILIDADES DOS CONTRATANTES	29
13. DA REDE DE COOPERADOS E CREDENCIADOS	30
14. DOS MUNICÍPIOS COBERTOS	31
15. DA RESCISÃO	33
16. DA LIQUIDAÇÃO DO PLANO	33
17. DO FORO	34



unimed TRÊS CORAÇÕES

Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
INSC. EST.: ISENTA - CNPJ 42.855.999/0001-09
PRAÇA CÔNEGO ZEFERINO AVELAR, 185 - CENTRO
TELEFAX (35) 3232-4046 - TRÊS CORAÇÕES - MG



REGULAMENTO

**"PLANO DE ASSISTÊNCIA A
SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR"**

SEGMENTAÇÃO

- ☐ REFERÊNCIA
- ☐ AMBULATORIAL MAIS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

TIPO DE ACOMODAÇÃO

- ☐ STANDARD ENFERMARIA
- ☐ EXECUTIVO QUARTO PRIVATIVO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

- ☐ LOCAL
- ☐ REGIONAL
- ☐ NACIONAL

MODERADOR

- ☐ 1 - SEM CO-PARTICIPAÇÃO
- ☐ 3 - COM CO-PARTICIPAÇÃO DE 50%

CAPÍTULO A

DO OBJETO

- A.1. - Este documento, de agora em diante designado "Regulamento do Plano", determina os direitos, obrigações e responsabilidades da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, dos "Participantes Titulares" e "Participantes Dependentes" em relação a este "Plano de Assistência à Saúde".
- A.2. - O objetivo desse "Regulamento do Plano" é descrever esse "Plano de Assistência à Saúde" administrado pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., com sede à Praça Cônego Zeferino Avelar, n.º 185 - Centro, na cidade de Três Corações, Estado de Minas Gerais, inscrita no CNPJ sob o n.º 42.855.999/0001-09 e na ANS sob o n.º 35.903-3, na condição de Cooperativa Médica, caracterizada como instrumento de contratação de profissionais cooperados e qualificada como "Operadora" de planos privados de assistência à saúde. O plano visa a prestação de serviços de assistência médica e hospitalar em regime de "Contribuição" pré-fixada, por intermédio de profissionais "Cooperados" e "Credenciados" e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, aos "Participantes" inscritos neste "Plano de Assistência à Saúde".
- A.3. - O objetivo do "Plano de Assistência à Saúde" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES é fornecer assistência médica de boa qualidade a todos os seus "Participantes Titulares", e "Participantes Dependentes" nos municípios descritos no Capítulo N deste "Regulamento do Plano".
- A.4. - É parte integrante desse "Regulamento do Plano":
- "Material Explicativo" referente a este "Plano de Assistência à Saúde";
 - "Certificado Individual" de "Participante" deste "Plano de Assistência à Saúde";
 - Guia Médico contendo a "Relação dos Prestadores de Serviço", determinando os locais onde o "Participante" terá direito a atendimento médico, de acordo com condições definidas neste "Regulamento do Plano";
 - "Declaração de Saúde" contendo as questões referentes às "Entrevistas Qualificadas";
 - A "Tabela de Reembolso", que também funcionará como parâmetro de cobrança, em valores de co-participação, dos "Participantes de Planos de Assistência à Saúde" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, se encontra à disposição de todos os "Participantes" na sede ou nos escritórios da UNIMED TRÊS CORAÇÕES e registrada no Cartório de Registro de Títulos, Documentos e Protestos da cidade de Três Corações Minas Gerais, n.º ordem 7.065, protocolo A-1 e sob o registro n.º 5.644, no livro B-12, fls. 62/64v;
 - "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência à Saúde".

Todo e qualquer documento que altere, ou complemente, qualquer cláusula descrita neste "Regulamento do Plano" bem como os demais documentos acima relacionados.

DAS DEFINIÇÕES:

As palavras, expressões, siglas e abreviações que se seguem terão, neste documento, os significados listados abaixo (a não ser que o texto indique, explicitamente, outro sentido). Para maior clareza, os termos aqui definidos aparecerão no texto com a primeira letra maiúscula, grifados, e entre aspas. Ao longo do "Regulamento do Plano", ao menos que o contexto indique o contrário, o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural.

As definições abaixo se referem a todos os tipos de "Plano de Assistência a Saúde" oferecidos pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES. Desta forma, é possível que alguns termos descritos nesse capítulo não sejam utilizados ao longo do "Regulamento do Plano", uma vez que certos termos podem descrever figuras e situações peculiares a um tipo de plano.

- B.1. - "Acidente Pessoal": Significará um "Evento" com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- B.2. - "Agente": Intermediário, pessoa física ou jurídica, que angaria contratos de planos de assistência à saúde.
- B.3. - "Agravo": Significa a contribuição acrescida ao mero valor da contra prestação paga ao plano de saúde.
- B.4. - "Averbadora": Significará pessoa jurídica que contrata um "Plano de Assistência à Saúde" coletivamente em nome de "Participantes" com os quais possui, ou já possuiu, vínculo empregatício, ficando investido dos poderes de representação perante a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, mas que não arca com nenhum dos custos de cada "Participante".
- B.5. - "Carência": Significará o período entre a adesão do "Participante" ao plano e a data a partir da qual o "Participante" terá direito aos serviços que o plano oferece, ou a alguma cobertura específica.
- B.6. - "Carteira de Identificação": Significará carteira emitida pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES para que "Participantes Titulares", e, "Participantes Dependentes", possam se utilizar do plano e serem identificados pela administração interna e pelas entidades e/ou profissionais "Cooperados" e "Credenciados". Um cartão magnético poderá ser usado pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES como "Carteira de Identificação".
- B.7. - "Certificado Individual": É o documento que comprova a contratação do "Plano de Assistência à Saúde".
- B.8. - "Co-Participação" e "Moderador": É a "Contribuição" definida contratualmente efetivamente pago pelo "Participante" a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, (via CONTRATANTE em Planos Empresariais), referente à realização de procedimentos, médicos que poderá ser expresso em valores ou em percentuais para "Consulta Médica", "Exames Complementares", "Procedimentos Ambulatoriais" e "Internações Hospitalares", referentes a "Transtornos Psiquiátricos". No caso das demais "Internações Hospitalares" a

"Co-Participação" só será expressa em valores. As "Co-Participação" estão incluídas no Capítulo I deste "Regulamento do Plano".

- B.9. - "Cobertura Parcial Temporária": Aquela que admite, num prazo determinado de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a exclusões estabelecidas em "Contrato".
- B.10. - "Consulta Médica": Esse termo definirá encontro do médico com o "Participante", para fins de assistência e/ou tratamento médico; de forma geral ou especializada; em hospitais, clínicas ou consultórios; que consiste em exame clínico, eventual solicitação e interpretação de "Exames Complementares" para diagnóstico e prescrição terapêutica. Retornos para a análise de exames e prescrição de tratamentos e ainda retornos para verificar se o tratamento prescrito deu certo, além de encontros médicos para pura e simples aplicação de vacinas não serão considerados como "Consulta Médica". Consultas domiciliares também não serão consideradas como "Consulta Médica".
- B.11. - "Contribuição":
- B.11.1. Para "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" subentende-se como "Contribuição", cada um dos pagamentos, mensais ou com outra periodicidade, ou não, efetuados pela "Averbadora", ou pela "Patrocinadora" a favor do "Participante" para custeio do "Plano de Assistência à Saúde". Também denomina-se "Contribuição", qualquer contra prestação paga pelo "Participante Titular" à "Averbadora", ou "Patrocinadora" a título de "Contribuição" parcial ou total, para o custeio de seu "Plano de Assistência à Saúde".
- B.11.2. Para "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" subentende-se como "Contribuição", cada um dos pagamentos, mensais ou com outra periodicidade, ou não, efetuados pela "Averbadora", ou pela "Patrocinadora" a favor do "Participante" para custeio do "Plano de Assistência à Saúde". Também denomina-se "Contribuição", qualquer contra prestação paga pelo "Participante Titular" à "Averbadora", ou "Patrocinadora" a título de "Contribuição" parcial ou total, para o custeio de seu "Plano de Assistência à Saúde".
- B.11.3. Para "Planos Individuais ou Familiares" subentende-se como "Contribuição", cada um dos pagamentos, mensais ou com outra periodicidade, ou não, efetuados pelo "Participante Titular" para custeio do "Plano de Assistência à Saúde". Também denomina-se "Contribuição", qualquer contra prestação paga pelo "Participante Titular" à UNIMED TRÊS CORAÇÕES a título de "Contribuição" parcial ou total, para o custeio de seu "Plano de Assistência à Saúde".
- B.12. - "Cooperado": Médico que é sócio da Cooperativa UNIMED TRÊS CORAÇÕES, cujo nome, especialidade e endereço, constam da "Relação de Prestadores de Serviço".
- B.13. - "Corretor": É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado pela SUSEP a angariar e promover contratos de planos de saúde, podendo acumular a função de "Agente".

- B.14. - **"Credenciado"**: Significará pessoa física ou jurídica credenciada pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES para a prestação de serviços de assistência médica, SADT (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia), e hospitalar aos **"Participantes Titulares"** e **"Participantes Dependentes"**. Serão considerados **"Credenciados"** apenas as pessoas físicas ou jurídicas constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**.
- B.15. - **"Data Base"**: Data de aniversário do Contrato.
- B.16. - **"Data de Implantação"**: Data que marca o início de vigência do Contrato celebrado entre a UNIMED TRÊS CORAÇÕES e a **"Averbadora"**, **"Patrocinadora"** ou **"Participante"**.
- B.17. - **"Declaração de Saúde"** ou **"Questionário da Entrevista Qualificada"**. **"Declaração de Saúde"** a ser preenchido pelos **"Proponentes"**, ou seus responsáveis, em se tratando de menores de 18 anos, com auxílio de médico, a fim de se verificar a existência, ou não, de **"Doença ou lesão Preexistente"**, em relação a ele próprio, bem como seus dependentes.
- B.18. - **"Doenças e Lesões Preexistentes"**: Significarão aquelas que o **"Participante"** ou seu **"Responsável"** saiba ser portador ou sofredor quando da adesão ao plano e que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
- B.19. - **"Emergência"**: Significará **"Evento"** que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao **"Participante"** caracterizado em declaração do médico assistente.
- B.20. - **"Entrevista Qualificada"**: Entrevista a ser concedida pelo **"Proponente"**, que consiste no preenchimento da **"Declaração de Saúde"** na presença do médico orientador, constante da lista de profissionais da rede de **"Cooperados"**, ou **"Credenciados"** pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, para fins de orientação, com o objetivo de relacionar se for o caso, todas as doenças ou lesões preexistentes de conhecimento prévio do consumidor com relação a ele próprio e a todos os dependentes, sem quaisquer ônus para o **"Proponente"**.
- B.21. - **"Evento"**: É o conjunto de ocorrências e ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do **"Participante"** em decorrência de **"Acidente Pessoal"** ou doença, desde que tenha verificado durante a vigência do Contrato e não figure como exclusão de cobertura. O **"Evento"** se inicia com a comprovação médica definitiva concedida ao paciente, e termina com a alta médica, ou com o abandono do tratamento por parte do paciente, ou a sua morte.
- B.22. - **"Exames Complementares"**: Significarão exames de laboratório, radiográficos e especiais realizados para fins de diagnósticos, integralmente compatíveis com o quadro nosológico e que sejam imprescindíveis para a prática médica e indispensáveis ao diagnóstico. Os **"Exames Complementares"** deverão sempre ser solicitados pelo médico **"Cooperado"** ou **"Credenciado"**.
- B.23. - **"Faixas Etárias"**: O valor da **"Contribuição"** mensal paga por **"Participante"** dependerá, entre outros fatores, de sua idade, sendo que, para base de cálculo da **"Contribuição"**, serão adotadas as seguintes **"Faixas Etárias"** conforme discriminado abaixo:

1. 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
2. 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
3. 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
4. 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
5. 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
6. 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
7. 70 (setenta) anos de idade ou mais.

B.24. - "Franquia": É o montante definido contratualmente efetivamente pago pelo "**Participante**" diretamente ao prestador de serviço referente à realização de procedimento médico, que poderá ser expresso em valores ou em percentuais para "**Consulta Médica**", "**Exames Complementares**", "**Procedimentos Ambulatoriais**" e "**Internações Hospitalares**" referentes a "**Transtornos Psiquiátricos**" e em valores para as demais "**Internações Hospitalares**". Dentro dos limites da "**Franquia**", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES não tem qualquer responsabilidade de cobertura.

B.25. - "Internação Hospitalar": Significará o seguinte:

B.25.1. "Diárias Hospitalares": Significarão as despesas indispensáveis a um dia de internação, compostas de: alojamento, serviço de enfermagem, alimentação do acompanhante de menores de dezoito anos e do paciente e assistência médica prestada por médico interno, bem como, os equipamentos necessários para o cumprimento das rotinas acima descritas.

B.25.2. "Honorários Médicos": Significarão os honorários médicos decorrentes de internação clínica e/ou cirúrgica, pagos a médico "**Cooperado**" ou "**Credenciado**" devidamente qualificado e a seus auxiliares diretos. Não será permitido o pagamento de mais de um médico por especialidade.

B.25.3. "Serviços Auxiliares de Hospital": Significarão as despesas cobertas relativas a serviços prestados durante o tempo de internação, sendo estas:

- "**Exames Complementares**";
- Medicamentos e materiais;
- Equipamentos usados para terapia, aplicação e suprimentos;
- Oxigênio, plasma, sangue, transfusão, soro e demais recursos ministrados ao paciente;
- Unidade de terapia intensiva, quando e enquanto determinada pelo médico "**Cooperado**" assistente.

B.26. - "Limite de Cobertura": Limites, estabelecidos contratualmente, de valores cobertos pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, ou do número de dias de um determinado serviço a que tem direito o "**Participante**".

B.27. - "Nota Técnica Atuarial": Conjunto de especificações técnicas, atuarias e estatísticas que estabelecem os critérios de mensuração de risco, taxa de juros, critérios de reversão de excedentes e constituição de provisões de planos de saúde.

B.28. - "Operadora (de Plano de Assistência à Saúde)": Qualquer empresa que comercialize planos de saúde. Para fins deste "**Regulamento do Plano**" define-se como "**Operadora (de Planos de Assistência a Saúde)**" a UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

B.29. - "Participante Titular":

- B.29.1** Poderá participar do "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" qualquer pessoa, com mais do que 18 anos de idade, que mantenha vínculo empregatício com a "Patrocinadora" ou "Averbadora", que preencher uma "Proposta de Adesão" e que for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto à UNIMED TRÊS CORAÇÕES. Também se subentende como "Participante Titular" qualquer pessoa, com menos de que 18 anos de idade, que mantenha vínculo empregatício com a "Patrocinadora" ou "Averbadora" e que, depois de ter sua "Proposta de Adesão" preenchida por seu responsável, for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora", junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
- B.29.2** Poderá participar do "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" qualquer pessoa, com mais do que 18 anos de idade, que contribuir para este plano e que preencher uma "Proposta de Adesão" e que for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto à UNIMED TRÊS CORAÇÕES. Também se subentende como "Participante Titular" qualquer pessoa, com menos de que 18 anos de idade, que contribuir para este plano, que, depois de ter sua "Proposta de Adesão" preenchida por seu responsável, for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" contratada pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
- B.29.3.** Poderá participar do "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" para atender aos artigos 30 e 31 da Lei 9656 de 3 de Junho de 1998, bem como, Resoluções de número 20 e 21 do CONSU datadas em 23 de março de 1999, qualquer pessoa, com mais do que 18 anos de idade, que tenha perdido a condição de empregado com a "Patrocinadora" ou "Averbadora", em função de aposentadoria, ou rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, que quando da rescisão era "Participante Titular" de "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, que contribuía para este plano e que preencher uma "Proposta de Adesão" e que for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto à UNIMED TRÊS CORAÇÕES. Também se subentende como "Participante Titular" qualquer pessoa, com menos de que 18 anos de idade, que tenha perdido a condição de empregado com a "Patrocinadora" ou "Averbadora", em função de rescisão de contrato de trabalho sem justa causa que quando da rescisão era "Participante Titular" de "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, que contribuía para este plano que depois de ter sua "Proposta de Adesão" preenchida por seu responsável, for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

B.29.4. Para "Planos Individuais ou Familiares", será considerado como "Participante Titular" qualquer, pessoa, com mais do que 18 anos de idade, que preencher uma "Proposta de Adesão" e que for aceita para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde" comercializado pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

B.30. - "Participante Dependente":

B.30.1. Para "Planos Individuais ou Familiares", ou "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" ou "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão". - Qualquer pessoa incluída como dependente no plano de assistência à saúde do "Participante Titular". Poderão se inscrever como dependentes do "Participante Titular":

Cônjuge;

Filho solteiro até 21 anos, inclusive os legalmente adotados;

Filho solteiro comprovadamente inválido;

Equipara-se ao cônjuge a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme definido pelo Código Civil.

B.30.2. Para "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão", atender aos artigos 30 e 31 da Lei 9656 de 3 de junho de 1998, bem como, Resoluções de número 20 e 21 do CONSU datadas em 23 de Março de 1999, qualquer dependente que preencher uma "Proposta de Adesão" e que for aceito para participar de qualquer "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto à UNIMED TRÊS CORAÇÕES, que estava inscrito como "Participante Dependente" no "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial", ou "Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão" para funcionários de empresa, contratado pela "Patrocinadora" ou "Averbadora" junto a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, quando da aposentadoria, ou rescisão do contrato de trabalho entre a "Patrocinadora", ou "Averbadora" e o "Participante Titular" sem justa causa, desde que o "Participante Titular" pagasse "Contribuições" ao plano.

B.31. - "Participante": Desprovido de qualquer aditivo, o termo significa qualquer categoria descrita nos tópicos B.29 e B.30.

B.32. - "Patrocinadora": Significará pessoa jurídica que contrata um plano de assistência à saúde coletivamente em nome de "Participantes" com os quais possui, ou já possuiu, vínculo empregatício com o "Participante Titular", ficando investido dos poderes de representação perante a UNIMED TRÊS CORAÇÕES e que arca com parte, ou a totalidade, dos custos de cada "Participante".

B.33. - "Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão": Plano em que o contrato se dá entre uma "Patrocinadora" ou uma "Averbadora" e a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, com a intermediação, se for o caso, de um "Agente" ou "Corretor". A "Patrocinadora", nesse caso, arca com parte ou a totalidade dos custos do plano.

- B.34. - **"Plano de Assistência à Saúde Individual, ou Familiar"**: Plano em que o contrato se dá entre um **"Proponente"** e a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, com a intermediação, se for o caso, de um **"Agente"** ou **"Corretor"**. O **"Proponente"**, que nesse caso é obrigatoriamente uma pessoa física, arca com a totalidade dos custos do plano.
- B.35. - **"Plano de Assistência à Saúde Ambulatorial"**: Esse plano, cobre **"Consultas Médicas"** em número ilimitado, serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais devidamente reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, desde que os procedimentos descritos tenham sido solicitados e realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**.
- B.36. - **"Plano de Assistência à Saúde Hospitalar com Obstetrícia"**: Esse plano cobre as **"Internações Hospitalares"** (incluindo a permanência em Unidade de Terapia Intensiva «UTI»), os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto; desde que esses procedimentos sejam realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**. Este plano garante a cobertura do plano para o filho durante os 30 (trinta) dias após o parto, observadas as normas e restrições estabelecidas por esse **"Regulamento do Plano"** no Capítulo G (Serviços - Eventos Cobertos) solicitados e realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**.
- B.37. - **"Plano de Assistência à Saúde Referência"**: Inclui a somatória das coberturas definidas nos itens B.35 e B.36, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, solicitados e realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**.
- B.38. - **"Plano de Assistência à Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia"**: Esse Plano cobre as **"Consultas Médicas"**, **"Exames Complementares"** e as pequenas cirurgias realizadas em ambulatório; além de **"Internação Hospitalar"** (incluindo a permanência em Unidade de Terapia Intensiva «UTI») e os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto. Só serão cobertos os serviços solicitados e realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**. Este plano oferece a cobertura do plano para o filho durante os 30 (trinta) dias após o parto, observadas as normas e restrições estabelecidas por esse **"Regulamento do Plano"** no Capítulo G (Serviços-Eventos Cobertos).
- B.39. - **"Plano de Assistência à Saúde Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia"**: Esse plano cobre todas as **"Consultas Médicas"**, **"Exames Complementares"** e as pequenas cirurgias realizadas em ambulatório; além de **"Internação Hospitalar"**, (incluindo a permanência em Unidade de Terapia Intensiva «UTI»), excluindo-se os procedimentos relativos ao pré-natal e de assistência ao parto. Só serão cobertos os serviços solicitados e realizados por prestadores de serviço constantes da **"Relação de Prestadores de Serviço"**.
- B.40. - **"Plano de Assistência a Saúde"**: Desprovido de qualquer aditivo, o termo significa qualquer categoria descrita entre os tópicos B.33 a B.39.
- B.41. - **"Procedimentos Ambulatoriais"**: Todos e quaisquer procedimentos médicos, diagnósticos e terapêuticos, realizados em ambulatório (sem necessidade de internação hospitalar).
- B.42. - **"Proponente"**: É toda pessoa que assina para si ou para outrem (menor ou incapaz) uma **"Proposta de Adesão"** mas que ainda não foi aceita pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES como **"Participante"**.

- B.43. - "Proposta de Adesão":** É o documento mediante o qual o "Proponente" expressa a intenção de contratar o "Plano de Assistência à Saúde", manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e de seus direitos estabelecidos neste "Regulamento do Plano".
- B.44. - "Reajuste Contratual":** Atualização do valor das "Contribuições" estabelecido em contrato para fazer frente a desvalorização da moeda, conforme descrito no Capítulo K (Critérios de Reajuste e Revisão das Contraprestações Pecuniárias "Contribuições") deste "Regulamento do Plano".
- B.45. - "Reajuste Financeiro":** Atualização do valor das "Contribuições" em função da variação dos custos médicos e hospitalares.
- B.46. - "Reajuste em Razão da Idade":** Atualização do valor das "Contribuições" em função de mudança de faixa etária por parte do "Participante", conforme definido pela Resolução número 6 do Conselho de Saúde Suplementar datado em 3/11/1998.
- B.47. - "Reajuste Técnico":** Reavaliação do valor das "Contribuições" em função de alterações no nível de sinistralidade do "Plano de Assistência à Saúde".
- B.48. - "Regulamento do Plano":** o presente conjunto de normas e definições.
- B.49. - "Relação dos Prestadores de Serviços":** Lista contendo nome, endereço e serviços oferecidos pelas instituições e profissionais "Cooperados" e/ou "Credenciados" pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
- B.50. - "Rol de Procedimentos Médicos":** Listagem de tratamentos e terapias usada como referência da cobertura oferecida pelo plano, conforme definido na Resolução Número 10 do Conselho de Saúde Suplementar, em 3 de Novembro de 1998, alterado pela RES., RDC 41, de 14 de dezembro de 2000, bem como, quaisquer Resoluções emitidas pelo Governo, que alterem esta Resolução.
- B.51. - "Tabela de Reembolso":** Lista com os valores máximos que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES se compromete a pagar pelos serviços prestados aos "Participantes" por profissionais e/ou entidades que não constam da "Relação dos Prestadores de Serviços" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES. A cobertura de serviços prestados por profissionais e/ou entidades que não constam da "Relação dos Prestadores de Serviços" acontecerá nos casos de "Urgência" e "Emergência" devidamente caracterizados, para "Participantes" em trânsito, fora de seus domicílios de origem, no Brasil, em regiões não abrangidas pelo escopo deste "Plano de Assistência à Saúde" e em Municípios onde não exista uma UNIMED correspondente, ou que a "Urgência", ou "Emergência" seja de tal gravidade que não haja tempo hábil para se deslocar até um local onde existam "Cooperados", ou "Credenciados" listados na "Relação dos Prestadores de Serviços", ou uma UNIMED correspondente.
A "Tabela de Reembolso" é registrada em cartório, no município de domicílio da "Operadora", sendo que os valores constantes da "Tabela de Reembolso", são exatamente os mesmos que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES se utiliza para pagar "Cooperados" e "Credenciados". A "Tabela de Reembolso" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES se encontra a disposição, para fins de consulta por parte dos "Participantes", na sede ou nos escritórios da UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
- B.52. - "Transtornos Psiquiátricos":** Todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID 10).

B.53. - **"Urgência"**: Significará o **"Evento"** decorrente de um **"Acidente Pessoal"** ou de complicação na gestação caracterizada pelo médico assistente.

B.54. - **"Vigência do Contrato"**:

B.54.1 Em se tratando de pessoas físicas, **"Participantes"** de **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial"**, **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão"** ou do **"Plano de Assistência à Saúde Individual ou Familiar"**, a **"Vigência do Contrato"** fica definida como sendo o período de tempo a partir da data de aceitação do **"Participante"** no **"Plano de Assistência à Saúde"**, e que se estende até a data de término da vigência constante no **"Certificado Individual"** do **"Participante"**. Em se tratando de **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial"** ou **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão"** o rompimento do Contrato celebrado entre a **"Averbadora"**, ou **"Patrocinadora"** e a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, também caracteriza o término da **"Vigência do Contrato"**.

B.54.2 Em se tratando de pessoas jurídicas que contratam **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial"** ou **"Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão"**, a **"Vigência do Contrato"** será entendida como o período de tempo, a se iniciar na data de sua celebração, que se estende até a data de término do Contrato firmado entre a UNIMED TRÊS CORAÇÕES e a **"Averbadora"** ou **"Patrocinadora"**.

CAPÍTULO C

DOS "PARTICIPANTES" (DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO):

C.1. - Será considerado **"Participante"** deste **"Plano de Assistência à Saúde"**, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos declarados nesse **"Regulamento do Plano"**, todo **"Proponente"** que preencher os requisitos nesse **"Regulamento"**, que optar por aderir ao plano, assinando a **"Proposta de Adesão"**, que preencher uma **"Declaração de Saúde"** com orientação de um médico quando da **"Entrevista Qualificada"**, que realizar quaisquer exames pré admissionais que forem solicitados, se for o caso e que for aceito pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES como **"Participante"**.

C.2. - Só serão aceitas pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES **"Propostas de Adesão"** preenchidas por **"Proponentes"** residentes e domiciliados fora de um dos municípios listados do Capítulo N deste **"Regulamento do Plano"**, quando não houver o produto naquela localidade.

C.2.1. **"Proponentes"** em débito com a UNIMED TRÊS CORAÇÕES somente serão aceitos como **"Participantes"** de qualquer **"Plano de Assistência à Saúde"** oferecido pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, após a quitação integral destes débitos.

C.2.2. **"Proponentes"** residentes e domiciliados em municípios distintos dos listados no Capítulo N deste **"Regulamento do Plano"** e que não fazem parte da área de abrangência geográfica da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, serão encaminhados a UNIMED que operar no município de residência e domicílio do **"Proponente"**, salvos os enquadrados no item C.2.

C.3. - O direito de um dependente aderir e permanecer no plano está diretamente vinculado a adesão e permanência no plano por parte de um **"Participante Titular"**.

C.3.1. Sempre que cessado o direito de permanecer no plano na qualidade de **"Participante Dependente"**, em função da perda de elegibilidade conforme definido no item B.30., é assegurado ao ex-dependente o direito de ingressar no mesmo plano, sem carência e sem a necessidade de preencher **"Declaração de Saúde"** na qualidade de **"Participante Titular"**, desde que inscrito em até 30 dias após o fato gerador que originou a sua perda de condição como **"Participante Dependente"**.

CAPÍTULO D

DA ADESÃO E INÍCIO DE VIGÊNCIA:

D.1. - Poderá se inscrever no plano qualquer pessoa que tenha comprovado residência em um dos municípios da área de abrangência geográfica da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, conforme descritos no Capítulo N deste **"Regulamento do Plano"**.

D.1.1. A inscrição do **"Participante"**, neste **"Plano de Assistência à Saúde"** deverá ser realizada em formulário próprio. A **"Proposta de Adesão"** é individual. Cada **"Proponente"** deverá preencher uma **"Proposta de Adesão"**, ler as declarações que está assinando e assiná-la de próprio punho, independentemente de ser **"Titular"**, ou **"Dependente"**.

D.1.2. A **"Proposta de Adesão"** para menores de 18 anos de idade deve ser preenchida e assinada pelo **"Participante Titular"**, e/ou seu responsável legal.

D.2. - É de responsabilidade do **"Participante Titular"** ou seu responsável fornecer à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** a documentação necessária à comprovação de habilitação de **"Participantes Dependentes"**.

D.2.1. Qualquer alteração de **"Participantes dependentes"** deverá ser comunicada, em formulário próprio, o mais rapidamente possível. Apenas **"Participantes Dependentes"** formalmente inscritos no plano da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** serão reconhecidos como tais para efeito do **"Plano de Assistência à Saúde"**.

D.3. - A aceitação pela **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** de qualquer novo **"Participante"** está condicionada à realização de uma **"Entrevista Qualificada"** com orientação de um ou mais médicos, preenchimento de **"Declaração de Saúde"** e realização de exames médicos, se estes forem solicitados pela **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**.

D.3.1. - Caso, nas entrevistas ou nos exames, fique constatado que o **"Proponente"** a **"Participante Titular"** ou algum de seus dependentes apresente **"Doença ou Lesão Preexistente"**, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** apresentará ao **"Proponente"** duas alternativas:

- Um acréscimo no valor da contraprestação paga a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, definido como **"Agravado"**.

- A "**Cobertura Parcial Temporária**", que admite, num prazo de até 24 (vinte e quatro) meses após a adesão, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à "**Doença ou Lesão Preexistente**".

D.3.2. - Tanto a "**Entrevista Qualificada**", quanto quaisquer exames que nesta ocasião sejam solicitados pelo médico, não implicam ônus para o "**Proponente**".

D.3.3. Poderão ser admitidos no plano sem "**Entrevista Qualificada**", ou qualquer tipo de exame prévio, os filhos do "**Participante Titular**" nascidos durante a "**Vigência do Contrato**" cujos partos tenham sido cobertos pelo Plano, e que tenham sido inscritos no plano num período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

D.4. - Caso não seja constatada "**Doença ou Lesão Preexistente**", ou as condições de "**Agravo**" ou "**Cobertura Parcial Temporária**" tenham sido aceitas pelo usuário, o ato concreto de adesão se dá no momento em que o "**Proponente**" recebe o "**Certificado Individual**" e a "**Carteira de Identificação**" que também será entregue aos seus dependentes, se for o caso. A entrega do "**Certificado Individual**" e da "**Carteira de Identificação**" será feita após o pagamento da taxa de inscrição, bem como da primeira "**Contribuição**", pelo "**Participante**".

D.4.1. - A data de início de vigência constante na "**Proposta de Adesão**" marca o início da "**Vigência do Contrato**" e determina a "**Data Base**".

CAPÍTULO E

DA EXCLUSÃO (DAS CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE PARTICIPANTE):

- E.1. - São causas para a suspensão ou rescisão do contrato, com exclusão do "**Participante Titular**" e/ou de seus dependentes, em qualquer modalidade de plano oferecida:
- Qualquer declaração falsa por parte do "**Participante Titular**" e/ou de seus dependentes, quando do preenchimento da "**Proposta de Adesão**" e/ou, "**Declaração de saúde**".
 - Qualquer ato ilícito praticado pelo "**Participante Titular**" e/ou de seus dependentes que possa ser caracterizado como Fraude, ou Má Fé, com relação a este "**Plano de Assistência à Saúde**";
 - Desistência do plano por parte do "**Participante Titular**";
 - Mudança para outro plano de saúde;
 - Liquidação do plano;
 - Não pagamento da "**Contribuição**", por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, tendo sido notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;
 - Exclusão de "**Participante Dependente**" por parte do "**Participante Titular**".
 - Perda das condições de dependência, descritas no item B.30. por parte do "**Participante Dependente**".

- E.2. - Nenhum "Participante Dependente" poderá permanecer no plano sem a permanência do "Participante Titular". A exclusão do "Participante Titular", independentemente de causa, automaticamente implica na exclusão de todos os seus Dependentes.

CAPÍTULO F

DAS MOVIMENTAÇÕES E MUDANÇA DE PLANO:

F.1. - Das Movimentações

- F.1.1 Havendo inclusão ou exclusão de "Participantes", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES deverá ser comunicada por escrito até o dia 20 de cada mês, sendo certo que, em não assim procedendo o "Participante", essa inclusão, modificação, ou exclusão somente será realizada para o mês subsequente.

F.2. - Das Mudanças

- F.2.1. O "Participante Titular" poderá mudar para outras modalidades de plano oferecidas pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES sempre que quiser.

- F.2.1.1. O mesmo é extensível a "Participantes Dependentes", mesmo que o padrão de atendimento e a abrangência de coberturas do plano contratado pelo "Participante Titular" sejam diferentes para todos os "Participantes".

- F.2.2. Sempre que o "Participante" efetuar uma mudança que implique maior abrangência de coberturas, ou um padrão de atendimento mais sofisticado, a mudança estará condicionada a: "Entrevista Qualificada" com um ou mais médicos, preenchimento de "Declaração de Saúde" e a exames médicos, quando esses forem solicitados pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES. Caso seja constatada qualquer "Lesão ou Doença Pré Existente", prevalece o descrito no item D.3.1. deste regulamento.

- F.2.2.1. Nesta hipótese deverão ser também observadas as seguintes

"Carências":

- Partos a termo: 300 (trezentos) dias;
- Casos de "Urgência" e "Emergência" (decorrentes de acidente pessoal): 24 (vinte e quatro) horas;
- Demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias.

CAPÍTULO G

DOS SERVIÇOS (DOS EVENTOS COBERTOS):

- G.1. - Os serviços cobertos por este plano abrangem todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de "Urgência" e "Emergência", conforme definidos pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), por meio de sua Resolução número 10, de 3 de novembro de 1998.

Os serviços compreendem:

G.1.1. "Consulta Médica".

G.1.1.1. Esse plano cobre as "Consultas Médicas", em número ilimitado em clínicas incluídas na "Relação de Prestadores de Serviços".

G.1.2. "Exames Complementares" e "Procedimentos Ambulatoriais".

G.1.2.1. Este plano cobre as pequenas cirurgias realizadas em ambulatório e os "Exames Complementares" solicitados por médico "Cooperado" assistente inclusive os seguintes exames e procedimentos ambulatoriais especiais desde que realizados em locais, conforme descrito na "Relação de Prestadores de Serviços".

hemodiálise peritoneal;
quimioterapia ambulatorial;
radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc);
hemoterapia ambulatorial;
cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
radioterapia, incluindo radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
nutrição enteral ou parenteral;
procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica;
embolizações e radiologia intervencionista;
exames pré anestésicos e pré cirúrgicos;

"Tratamento Fisioterápico";

acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio de pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.

G.1.3. "Internações Hospitalares"

G.1.3.1 O plano cobre as "Internações Hospitalares", como definidas no Capítulo B, inclusive as realizadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

G.1.3.2. As Internações Hospitalares ocorrerão apenas em hospitais incluídos na "Relação de Prestadores de Serviços", realizadas mediante retirada de Guias de Autorização na sede da UNIMED **TRÊS CORAÇÕES**, com a solicitação do médico "Cooperado" assistente.

G.1.3.2.1 Durante as "Internações", os "Participantes" serão acomodados em enfermaria ou em quartos individuais, de acordo com o tipo de plano por eles contratado. Entende-se por **enfermaria** quartos com mais de um leito. **Quarto individual** é aquele que, além de só possuir um leito, apresenta banheiro privativo.

G.1.3.3. As internações em acomodações superiores às contratadas, por opção do "Participante", 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 devem ser acordadas previamente, por iniciativa do "Participante", ou responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais da UNIMED prestadora do atendimento.

G.1.4. Pré-natal e parto

G.1.4.1. O Plano cobre os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto, desde que realizados por prestadores incluídos na "Relação de Prestadores de Serviços", além de oferecer cobertura para o recém nascido, filho natural ou adotivo durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

G.1.4.1.1. O recém-nascido, filho natural ou adotivo, nascido de parto coberto pela UNIMED tem inscrição garantida, sem "Carência", no plano do "Participante", desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento.

G.1.4.1.2. Além do descrito no tópico G.1.4.1.1., o responsável pelo recém nascido de parto coberto pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES não será obrigado a preencher uma "Declaração de Saúde", uma vez que nesta hipótese não caberá qualquer alegação de "Doença ou Lesão Preexistente", desde que inclua seu filho, ou filha no plano em um prazo de até 30 (trinta) dias após o parto.

G.1.4.1.3. O recém nascido, filho natural ou adotivo, nascido de parto não coberto pela UNIMED, será obrigado a preencher uma "Declaração de Saúde" através de seu responsável legal. Se for identificada "Doença ou Lesão Preexistente", o recém nascido, filho natural ou adotivo cumprirá a "Cobertura Parcial Temporária" relacionada a "Doença ou Lesão Preexistente".

G.1.5. Atendimento Psiquiátrico

G.1.5.1. Estão cobertos os atendimentos de "Emergências", definidas como situações que implicam risco de vida ou de danos físicos para o "Participante" ou de terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), além de risco de dano moral ou patrimonial importante.

G.1.5.2. O plano cobre, parcialmente a internação, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica de hospital geral, para portadores de "Transtornos Psiquiátricos" em crise, desde que incluídos na "Relação - Prestadores de Serviço" para este tipo de patologia. Também está assegurada a cobertura parcial de internação, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem internação, desde que realizada em instituição incluída na "Relação de Prestadores de Serviços" para este tipo de patologia.

G.1.5.3. O plano cobre, por ano contratual, 12 (doze) sessões de psicoterapia de crise, não cumulativas, sendo esta entendida como atendimento intensivo, em consultório, prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental nos dias que se seguem ao atendimento de "Emergência", conforme descrito no item acima, G.1.5.1., desde que esses procedimentos sejam conduzidos por profissionais/instituições incluídos na "Relação de Prestadores de Serviços" para este tipo de patologia.

G.1.6. "Urgência" e "Emergência"

- G.1.6.1.** Com excessão do atendimento de "Urgência" e "Emergência", serão cobertos apenas os custos de serviços realizados por instituições e/ou profissionais "Cooperados" ou "Credenciados" pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES relacionados na "Relação de Prestadores de Serviços".
- G.1.6.2.** Nos casos caracterizados como de "Urgência" e "Emergência", os "Participantes" que se encontrem em trânsito, fora de seu domicílio de origem, numa localidade onde exista uma UNIMED correspondente, serão cobertos apenas os gastos de atendimento realizados por profissionais e entidades "Cooperados" ou "Credenciados".
- G.1.6.3.** Nos casos caracterizados como de "Urgência" e "Emergência", os "Participantes" que se encontrem em trânsito, fora de seu domicílio de origem, numa localidade onde a UNIMED não possua "Cooperados" ou "Credenciados", ou que a "Urgência" e "Emergência" seja de tal gravidade, que não haja tempo hábil para se deslocar até um local onde hajam "Cooperados", ou "Credenciados" listados na "Relação de Prestadores de Serviço" ou uma UNIMED correspondente, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES se responsabilizará pelo reembolso de despesas referentes a no máximo as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, bem como, em se tratando de "Participantes" que não estejam cumprindo período de carência, os atendimentos de "Urgência" e "Emergência" que evoluírem para internação, desde que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante da "Relação de Prestadores de Serviço".
- G.1.6.3.1** Em se tratando de "Acidentes Pessoais", os atendimentos de "Urgência" e "Emergência" que evoluírem para internação, desde que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante da "Relação de Prestadores de Serviço" será garantido após 24 horas de vigência do contrato.
- G.1.6.4.** Nas condições descritas pelo item acima (G.1.6.3.), a UNIMED TRÊS CORAÇÕES se compromete a reembolsar as despesas do "Participante" até os limites estabelecidos pela "Tabela de Reembolso" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
- G.1.6.5.** O ressarcimento das despesas pelo atendimento na rede de serviços não "Cooperados", ou "Credenciados", conforme descritos no item G.1.6.3. efetuar-se-á somente para o atendimento em prontos-socorros hospitalares de casos caracterizados de "Urgência" ou "Emergência", quando comprovadamente não for possível a utilização de serviços "Cooperados" ou "Credenciados" constantes da "Relação de Prestadores de Serviço", pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, conforme definida a seguir:

- G.1.6.5.1.** Atendimento de pronto-socorro: Nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legíveis e data da realização do evento;
- G.1.6.5.2.** Honorários médicos durante o atendimento de "**Urgência**", ou "**Emergência**". Recibo, ou nota fiscal válida como recibo, contendo o código do CID-10 referente a patologia do paciente, todos os dados do médico assistente e cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legíveis e data de realização do evento;
- G.1.6.5.3.** Qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pela **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**.
- G.1.6.5.4.** A **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de ressarcimento, comparando-os com valores levantados para práticas idênticas ou similares.
- G.1.6.5.5.** Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data em que ocorrer o atendimento médico.
- G.1.6.5.6.** Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** poderá solicitar do beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, no prazo de até 30 (trinta) dias úteis após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias úteis a partir desta entrega.
- G.1.6.5.7.** Os valores aprovados para ressarcimento serão pagos ao Participante ou seu responsável, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

G.1.7. Remoção.

G.1.7.1. Quando for constatada, pelo médico assistente, a impossibilidade de continuidade do tratamento por falta de recursos da unidade em que o "Participante" se encontra, desde que comunicada, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES providenciará a remoção do "Participante" para outro local mais adequado.

G.1.7.2. Só serão cobertas as remoções que tenham sido comunicadas e aprovadas pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

G.1.7.3. Quando o "Participante" ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de compromisso, pela continuidade do atendimento do "Participante" em unidade diferente daquela indicada pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, essa fica desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

G.1.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que o "Participante" esteja, por ventura, realizando no momento da adesão ao plano.

G.1.8.1. As despesas referentes a tratamento clínico ou cirúrgico que o "Participante Titular" ou "Participante Dependente" esteja, por ventura, realizando no momento da adesão ao plano não serão cobertas. O plano só poderá efetivar a cobertura de despesas médicas após o término desse tratamento.

CAPÍTULO H

DAS CARÊNCIAS E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO PLANO

H.1. - Das "Carências"

H.1.1. Estão previstos os seguintes prazos de "Carência", que deverão ser respeitados pelo "Participante Titular" e seus dependentes:

- Partos a termo - 300 (trezentos) dias;
- Casos de "Urgência" e "Emergência" (decorrentes de acidentes pessoais) - 24 (vinte e quatro) horas;
- Consultas - 30 (trinta) dias;
- Exame de análises clínicas e raios X simples - 30 (trinta) dias;
- Demais procedimentos - 180 (cento e oitenta) dias.

H.1.2. Esses prazos de carência são individuais, e começam ser contados a partir da data em que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES aceita um "Participante", que é a data de início de vigência do contrato constante da "Proposta de Adesão".

H.1.3. Estão livres dos períodos de carência:

Recém nascido, filho natural ou adotivo do "Participante" nascidos de parto coberto pela UNIMED, e que tenham sido inscritos no plano num período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

H.1.3.1. Filhos adotivos do "Participante", com menos de 12 (doze) anos de idade, que tenham sido inscritos no plano num período de até 30 (trinta) dias após sua adoção aproveita os períodos de carência já cumpridos pelo "Participante Adotante".

H.2. - Dos procedimentos não cobertos pelo plano.

H.2.1. Estarão excluídos da cobertura oferecida pelo plano os seguintes procedimentos:

- Consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura, e/ou do cumprimento das carências previstas;
- Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de "**Urgência**" e "**Emergência**";
- Consultas para a simples aplicação de vacinas;
- Consultas e exames para piscinas, ginásticas, práticas esportivas de risco, ou não;
- Consultas e exames admissionais, demissionais e periódicos, bem como doenças profissionais;
- Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, salvo se referente a programa específico da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** do tipo "*Home Care*", exclusivamente para os casos de internação domiciliar;
- Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações, ou em atendimentos em pronto-socorros;
- Medicamentos importados;
- Quaisquer vacinas, salvo as ministradas durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- Escleroterapia de varizes;
- Procedimentos Odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilar, excluindo para fins estéticos;
- Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- "*Check Up*", investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e de Farmácia (S.M.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para a mudança de sexo e inseminação artificial;
- Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento, ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e prótese para o mesmo fim, excluindo-se as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais ocorridos durante a vigência deste contrato, que estejam causando problemas funcionais;
- Sessões de acupuntura;
- Tratamentos e cirurgias para controle da natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como, tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;

- Tratamentos de doenças, ou lesões causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo "Participante", e que não tenham sido motivados por necessidade justificada (nos termos do artigo 160 do Código Civil), ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário, ou não;
- Transplantes, implantes, excetuando-se os de córnea e os de rim;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Atendimento nos casos de calamidade pública, cataclismos, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda envenenamentos de caráter coletivo, ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Qualquer procedimento caracterizado pela Lei como "Acidentes de Trabalho"; Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica abrangida pelo plano contratado e também em hospitais ou clínicas que embora credenciados por outra UNIMED (para atendimento aos seus planos) são considerados de tabela própria ou de categoria diferenciada;
- Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
- Tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.

CAPÍTULO I

DAS CO-PARTICIPAÇÕES:

- I.1. - Na "Proposta de Adesão", o "Proponente" deve optar entre o plano com ou sem "Co-Participação" definindo sua opção entre os "Moderadores 1 ou 3".
- I.2. - Do "Moderador 1".
 - I.2.1. Os "Participantes" que optarem por aderir ao "Moderador 1", toda vez que fizerem uso de "Consulta Médica", "Exames Complementares" e "Procedimentos Ambulatoriais" em algum profissional/entidade constante da "Relação de Prestadores de Serviço", terão a cobertura integral destes procedimentos, sem quaisquer ônus, salvo o pagamento da "Contribuição" mensal a UNIMED TRÊS CORAÇÕES.
 - I.2.2. Em se tratando de "Internações Hospitalares", de "Participantes" que tenham optado pelo "Moderador 1", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES cobrará de cada "Participante" a título de "Co-Participação", uma taxa de R\$ 5,00 por dia de internação.
 - I.2.2.1. Em se tratando de "Internações Hospitalares" para o tratamento de "Transtornos Psiquiátricos", independentemente do tipo de plano do "Participante" (com ou sem "Co-Participação", - "Moderador 1, ou 3"), o valor da "Co-Participação", será de 45% do valor da conta médico hospitalar, e não serão mais levados em conta os valores fixos descritos no item I.2.2. acima.

1.2.2.2. O pagamento deverá ser feito diretamente à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** antes da prestação do serviço, ou ao final de cada mês. Nesta segunda hipótese, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** anexará o valor da **"Co-Participação"** ao valor da **"Contribuição"** após o recebimento da fatura do serviço por parte da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** para fins de pagamento.

1.2.2.2.1. A critério da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** poderá ser adotado forma de cobrança de **"Co-Participação"**, antes e/ou após a prestação do serviço.

1.2.2.2.2. É de inteira responsabilidade do **"Participante"**, a retirada prévia de autorização mediante pagamento, quando for realizar qualquer serviço que não se enquadre como **"Urgência e Emergência"**.

1.3. - Do "Moderador 3"

1.3.1. Os **"Participantes"** que optarem pela **"Co-Participação"**, contratando o **"Moderador 3"** deverão, toda vez que fizerem uso de **"Consulta Médica"**, **"Exames Complementares"**, e **"Procedimentos Ambulatoriais"** em algum profissional/entidade constante da **"Relação de Prestadores de Serviço"**, pagar à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, o montante correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor do serviço utilizado, listado no Rol de Procedimentos Médicos.

1.3.2. Em se tratando de **"Internações Hospitalares"**, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** cobrará de cada **"Participante"** que tenha optado pelo plano com **"Co-Participação"**, uma taxa por **"Internação"**, obedecendo o seguinte critério:

1.3.2.1. Para plano de abrangência geográfica local:

- Em enfermaria, a co-participação será R\$ 100,00 (cem reais) por internação;
- Em quarto privativo, a co-participação será de R\$ 200,00 (duzentos reais) por internação.

1.3.2.2. Para planos de abrangência geográfica regional:

- Em enfermaria, a co-participação será de R\$ 100,00 (cem reais) para utilização dentro da área de abrangência local e R\$ 200,00 (duzentos reais) para utilização dentro da área de abrangência regional ou nacional;
- Em quarto privativo, a co-participação será de R\$ 200,00 (duzentos reais) para utilização dentro da área de abrangência local e R\$ 400,00 (quatrocentos reais) para utilização dentro da área de abrangência regional ou nacional.

1.3.2.3. Não será cobrado nenhum procedimento na internação além das taxas acima discriminadas.

1.3.2.4. Em se tratando de **"Internações Hospitalares"** para o tratamento de **"Transtornos Psiquiátricos"**, independentemente do tipo de plano do **"Participante"** (com ou sem **"Co-Participação"**, - **"Moderador 1 ou 3"**), o valor da **"Co-Participação"**, será de 45% do valor da conta médico hospitalar, e não serão mais levados em conta os valores fixos descritos nos itens 1.3.2.1. e 1.3.2.2.

- I.3.3. O pagamento deverá ser feito diretamente à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, antes da prestação do serviço, ou ao final de cada mês. Nesta segunda hipótese, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** anexará o valor da "Co-Participação" ao valor da "Contribuição" após o recebimento da fatura do serviço por parte da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** para fins de pagamento.
- I.3.3.1. A critério da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** poderá ser adotado forma de cobrança de "Co-Participação", antes e/ou após a prestação do serviço.
- I.3.3.2. É de inteira responsabilidade do "Participante", a retirada prévia de autorização mediante pagamento, quando for realizar qualquer serviço que não se enquadre como "Urgência e Emergência".

CAPÍTULO J

DOS PAGAMENTOS:

J.1. Da "Contribuição"

- J.1.1. Para ter direito aos serviços contratados, o "Participante", pagará à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** o valor da "Contribuição" acordada e que é estipulado em função do número de dependentes, idade do "Participante Titular" e dos dependentes, tipo de plano escolhido e existência ou não de "Agravo". As "Faixas Etárias" usadas para efeito do cálculo estão descritas no Capítulo B (Definições). Uma "Nota Técnica Atuarial" pode ser utilizada para cálculo da "Contribuição".
- J.1.2. O valor das "Contribuições", calculado de acordo com os parâmetros descritos acima, deve constar tanto na "Proposta de Adesão", como no "Certificado Individual" a ser entregue a cada "Participante" quando de sua aceitação ao Plano. Caso os valores anotados na "Proposta de Adesão" pelo Responsável pelo processo de adesão contenham algum erro, caberá à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** comunicar o fato ao "Proponente", bem como substituir a "Proposta de Adesão" errada por uma nova "Proposta de Adesão".
- J.1.3. O valor total das "Contribuições" corresponderá ao número de "Participantes" multiplicado pelo valor per capita, do plano contratado.
- J.1.4. Na falta de comunicação em tempo oportuno, da inclusão, ou exclusão de "Participantes", o faturamento se baseará nas informações disponíveis.

J.2. Da taxa de Inscrição

- J.2.1. Para fins de adesão, a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, também cobrará uma taxa de inscrição para cada novo "Participante". O valor desta "Contribuição", deve constar na "Proposta de Adesão". Caso os valores anotados na "Proposta de Adesão" pelo Responsável pelo processo de adesão contenham algum erro, caberá à **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** comunicar o fato ao "Proponente", bem como substituir a "Proposta de Adesão" errada por uma nova "Proposta de Adesão".

J.3. - Da Segunda via da "Carteira de Identificação"

J.3.1. A UNIMED TRÊS CORAÇÕES cobrará de cada participante, a quantia de R\$ 5,00 (cinco reais) referente a emissão de 2.ª via de "Carteira de Identificação".

J.4. - Dos Impostos e Taxas

J.4.1. De conformidade com a Legislação vigente quando da adesão de cada "Participante", e em conjunto com cada "Contribuição", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES cobrará do "Participante" quaisquer Impostos e Taxas que forem determinados pela Legislação em vigor à época.

J.5. - Da "Contribuição" do "Agravo"

J.5.1. Sempre que for constatado a existência de "Doença, ou Lesão Pré Existente", em "Proponente", e este optar pela cobertura de "Agravo" para fins de aceitação por parte da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, o "Participante" deverá pagar mensalmente a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, além da "Contribuição" normal, uma "Contribuição" adicional referente ao "Agravo".

J.5.2. O valor do "Agravo" será calculado, tomando-se por base um percentual do custo anual de manutenção de um paciente com cada "Doença ou Lesão Pré Existente" a ser definido pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, uma vez que a Circular n.º 17 do CONSU datada em 23 de março de 1999, define que deve ser vedada a utilização do agravo como forma de financiamento individual de doenças. Para fins de cálculo deste custo foram consideradas as coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade para as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde OMS CID 10, que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES considera como passíveis de "Agravo". Em função da inexistência deste tipo de informação no Brasil, esta tabela foi elaborada tomando-se por base a experiência de uma Junta Médica e vem assinada por um médico responsável e um atuário, se encontrando à disposição dos "Participantes" nos escritórios da UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

J.5.3. Para patologias curáveis, a "Contribuição" referente ao "Agravo" será temporária. Para doenças crônicas, o prazo de "Contribuição" seguirá a mesma lógica aplicada à cobertura parcial temporária.

J.6. - Das Co-Participações

J.6.1. A UNIMED TRÊS CORAÇÕES cobrará de cada participante, se for o caso, a título de "Co-Participação", uma taxa de acordo com o tipo de plano contratado, conforme descrito no Capítulo I deste "Regulamento do Plano", toda vez que este se utilizar de quaisquer serviços médicos, auxiliares de diagnóstico e terapêuticos e hospitalares, o pagamento deverá ser feito diretamente a UNIMED TRÊS CORAÇÕES antes da prestação do serviço e/ou ao final de cada mês. Nesta segunda hipótese, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES anexará o valor da "Co-Participação" ao valor da "Contribuição" do mês imediatamente posterior ao do recebimento da fatura referente ao serviço realizado por parte da UNIMED TRÊS CORAÇÕES para fins de pagamento.

J.6.1.1. A critério da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** poderá ser adotado forma de cobrança de **"Co-Participação"**, antes e/ou após a prestação do serviço.

J.7. Das Taxas e Despesas Bancárias

J.7.1. A **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** a seu único e exclusivo critério, poderá repassar ao **"Participante Titular"**, as despesas bancárias atinentes a emissão de boletos bancários, bem como, quaisquer taxas e despesas bancárias de cobrança que o banco vier a impor a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**.

J.8. Da data do pagamento da "Contribuição"

J.8.1. O pagamento da **"Contribuição"** por cada **"Participante Titular"** deve ser feito no dia do mês a ser impresso na **"Proposta de Adesão"**, quando de sua aceitação ao Plano.

J.8.1.1. Quando a data de vencimento coincidir com dia que não haja expediente bancário, o pagamento será realizado até o primeiro dia útil subsequente.

J.9. Da Cobrança

J.9.1. Na falta de comunicação em tempo oportuno, da inclusão, ou exclusão de usuários, o faturamento se baseará nas informações disponíveis.

J.9.2. Nenhum pagamento será reconhecido como efetivado a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, se o **"Participante Titular"** dele não possuir comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

J.10. Do atraso no pagamento da "Contribuição" por parte do "Participante"

J.10.1. O não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato implica suspensão dos serviços previstos nesse **"Regulamento do Plano"**, bem como, a exclusão do **"Participante Titular"** e todos os seus dependentes em caráter irrevogável e irretratável.

J.10.1.1. O atraso de pagamento da **"Contribuição"** implica multa de 10% (dez por cento) sobre o valor dessa mais juros de 12% ao ano e correção monetária de acordo com a variação da TRD até o efetivo pagamento.

J.10.2. Se por qualquer motivo, o **"Participante Titular"** não receber até 5 (cinco) dias antes do vencimento, documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua **"Contribuição"**, deverá solicitá-lo a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, evitando sujeitar-se às consequências da mora.

J.10.3. O **"Participante"** reconhece que o valor das **"Contribuições"** vencidas constitui dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste **"Regulamento de Plano"**.

J.10.3.1. Correrão por conta do **"Participante"**, as despesas com honorários advocatícios, custas judiciais e quaisquer outros encargos decorrentes da execução da dívida.

J.10.4. O não atendimento do "*Participante*" por parte da UNIMED TRÊS CORAÇÕES em virtude de atraso no pagamento de qualquer valor, não o libera da obrigação de quitar dívida reconhecida e cobrável.

J.11. Dos pagamentos a prestadores de serviço

J.11.1. As despesas e os honorários médicos relativos aos serviços contratados serão pagos integral e diretamente pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES aos prestadores de serviços. A UNIMED TRÊS CORAÇÕES não se responsabilizará por qualquer acordo feito pelo "*Participante*" diretamente com hospitais, entidades e/ou médicos "*Cooperados*" ou "*Credenciados*", ou não.

CAPÍTULO K

DOS REAJUSTES (DOS CRITÉRIOS DE REAJUSTE E REVISÃO DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS "CONTRIBUIÇÕES"):

K.1. O valor, de todas as modalidades de "*Contribuições*", será reajustado automaticamente e anualmente de acordo com o IGP-M (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS), da Fundação Getúlio Vargas.

K.1.1. No caso do IGP, por qualquer motivo, deixar de ser divulgado, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES passará a adotar um outro indicador similar, que expresse a realidade da inflação, como base para seus reajustes anuais.

K.2. A periodicidade prevista no tópico K.1., poderá ser alterada para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no Artigo 28, da Lei 9069 de 29.06.95.

K.3. Além desse reajuste, o valor da "*Contribuição*" é automaticamente alterado toda vez que um "*Participante*" muda de faixa etária, caracterizando o "*Reajuste em Razão da Idade*". Os percentuais de "*Reajuste em Razão da Idade*" são expressos na tabela que se segue:

IDADE (anos)	PERCENTUAL
0 (zero) a 17 (dezessete)	
18 (dezoito) a 29 (vinte e nove)	
30 (trinta) a 39 (trinta e nove)	
40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove)	
50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove)	
60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove)	
70 (setenta) ou mais	

K.3.1. O valor das "**Contribuições**" de "**Participantes**" com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participem do mesmo plano há mais de 10 (dez) anos não sofrerão o "**Reajuste em Razão da Idade**".

K.4. Caso sejam criados novos tributos incidentes sobre o trabalho dos "**Cooperados**", ou "**Credenciados**", ou da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, ou sendo os atuais alterados, os valores aqui constantes, deverão ser também modificados, tudo para que seja mantido o nível de contratação, sem prejuízo a UNIMED TRÊS CORAÇÕES e seus "**Cooperados**", ou "**Credenciados**".

K.5. Com o objetivo de garantir a solvência do plano, poderão haver reajustes de preço toda vez que o custo das despesas médicas e hospitalares pagas a prestadores de serviço do plano se alterarem a ponto de comprometer seu fluxo de caixa, caracterizando "**Reajuste Financeiro**". Essas alterações estarão sempre fundamentadas em estudos técnicos atuariais e ocorrerão de acordo com as normas legais vigentes.

K.6. Com objetivo de garantir a solvência do plano, poderão haver reajustes de preço toda vez que a sinistralidade do plano se alterar a ponto de comprometer seu fluxo de caixa, caracterizando o "**Reajuste Técnico**". Essas alterações estarão sempre fundamentadas em estudos técnicos atuariais e ocorrerão de acordo com as normas legais vigentes.

CAPÍTULO L

DAS RESPONSABILIDADES DOS CONTRATANTES:

L.1. É obrigação do "**Participante Titular**", na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver as respectivas "**Carteiras de Identificação**" e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido destes documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, à partir da data de exclusão do "**Participante**", rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

L.1.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam "**Participantes**", com ou sem conhecimento destes.

L.1.2. O uso indevido da "**Carteira de Identificação**", de qualquer "**Participante**", a critério da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

L.1.3. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o "**Participante Titular**" deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIMED TRÊS CORAÇÕES, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

- L.2. - O "Participante Titular" fica responsável pelo pagamento de todas as "Contribuições" devidas durante o período de vigência mínima de 01 (um) ano.
- L.3. - Não caberá cobrança de taxas ou outro valor no ato da renovação considerando-se prorrogado por prazo indeterminado, após o período de vigência mínimo.
- L.4. - A responsabilidade da UNIMED TRÊS CORAÇÕES está adstrita exclusivamente as coberturas previstas em Lei e sua regulamentação e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem esse "Regulamento", não se responsabilizando por promessas que não constem nas cláusulas e condições ou que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas, a não ser que tenha a UNIMED TRÊS CORAÇÕES previa e expressamente, concordado.
- L.5. - É de responsabilidade do "Participante Titular" a obrigatoriedade de manter atualizado seu endereço residencial, bem como os dados cadastrais, *mediante comunicação formal*.

CAPÍTULO M

DA REDE DE "COOPERADOS" E "CREDENCIADOS":

- M.1. O número de profissionais e instituições "Cooperados" e/ou "Credenciados", em cada praça, será sempre compatível com as necessidades do local, levando em conta: o número local de "Participantes", o tamanho da praça, e as alternativas de serviços e/ou profissionais disponíveis, de forma que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES tenha condições de prestar serviços de assistência médica de boa qualidade.
- M.2. A UNIMED TRÊS CORAÇÕES manterá a disposição dos "Participantes" a "Relação de Prestadores de Serviço" incluindo a lista completa de profissionais e instituições "Cooperados" e/ou "Credenciados", componentes de sua rede de "Cooperados" e/ou "Credenciados".
- M.2.1. Inobstante a "Relação de Prestadores de Serviço" existir, desde logo, a mesma não é imutável, podendo sofrer alterações, tanto com alusão aos "Cooperados", bem como, "Credenciados". Se isto ocorrer, obviamente, será para aprimoramento e aperfeiçoamento dos serviços.
- M.3. À UNIMED TRÊS CORAÇÕES fica reservado o direito de realizar e/ou solicitar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados por seus "Cooperados" e/ou "Credenciados" ou não, apurar eventuais dúvidas ou esclarecimentos.
- M.4. Os médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde "Cooperados" ou "Credenciados" pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES poderão ser substituídos pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, por outros equivalentes, durante a "Vigência do Contrato". No caso dos hospitais, a substituição deve ser comunicada aos "Participantes" com antecedência de 30 (trinta) dias. Esse prazo mínimo não precisa ser respeitado nos casos de hospitais desabilitados por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

- M.5. Inexiste vínculo empregatício entre a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** e seus médicos "**Cooperados**", bem como com entidades "**Credenciadas**", razão pela qual a **UNIMED TRÊS CORAÇÕES** não será responsabilizada, civil ou criminalmente, pelos atendimentos realizados, com os quais os "**Participantes**" não tenham concordado, por quaisquer motivos, afirmando o "**Participante**" expressamente, que a responsabilidade, nestes casos, é do médico ou do prestador de serviços.

CAPÍTULO N

DOS MUNICÍPIOS COBERTOS (DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO):

- N.1. Este "**Plano de Assistência à Saúde**" se estende aos seguintes Municípios:

- N.1.1. Para quem contratou o PLANO LOCAL, o âmbito de cobertura geográfica, bem como a área de ação da **UNIMED TRÊS CORAÇÕES**, é nas seguintes cidades do Sul de Minas Gerais:

Cambuquira, Carmo da Cachoeira, São Bento Abade, São Tomé das Letras e Três Corações.

- N.1.2. Para quem contratou o PLANO REGIONAL, o âmbito de cobertura geográfica é nas seguintes cidades do Sul de Minas Gerais:

UNIMED ALFENAS (240)

Alfenas, Alterosa, Areado, Campo do Meio, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Fama, Illicínea, Paraguaçu e Serrania.

UNIMED ANDRADAS (295)

Andradas, Ibitiura de Minas e Santa Rita de Caldas.

UNIMED CAMPO BELO (239)

Aguanil, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Cristais e Santana do Jacaré.

UNIMED CIRCUITO DAS ÁGUAS (156)

Aiuruoca, Alagoa, Andrelândia, Baependi, Bocaina de Minas, Carmo de Minas, Carvalhos, Caxambu, Conceição do Rio Verde, Cristina, Cruzília, Dom Viçoso, Itamonte, Itanhandú, Jesuânia, Lambari, Liberdade, Minduri, Olímpio Noronha, Passa Quatro, Pouso Alto, São Lourenço, São Sebastião do Rio Verde, São Vicente de Minas, Seritinga, Serranos, Soledade de Minas e Virgínia.

UNIMED GUAXUPÉ (172)

Arceburgo, Bom Jesus da Penha, Guaranésia, Guaxupé, Juruaia, Monte Belo, Monte Santo de Minas, Muzambinho, Nova Resende e São Pedro da União.

UNIMED ITAJUBÁ (137)

Brasópolis, Delfim Moreira, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Paraisópolis, Pedralva, Piranguçu, Piranguinho, São José do Alegre e Wenceslau Bráz.

UNIMED LAVRAS (252)

Carrancas, Ibituruna, Ijací, Ingai, Itumirim, Lavras, Luminárias, Macaia, Macuco, Nepomuceno, Perdões, Ribeirão Vermelho e Santo Antônio do Amparo.

UNIMED MACHADO (293)

Carvalhópolis, Douradinho, Machado, Poço Fundo e Paiolinho.

UNIMED POÇOS DE CALDAS (217)

Botelhos, Cabo Verde, Caldas, Campestre, Ipuiúna e Poços de Caldas.

UNIMED POUSO ALEGRE (146)

Bom Repouso, Borda da Mata, Bueno Brandão, Cachoeira de Minas, Camanducaia, Cambuí, Careacú, Conceição dos Ouros, Congonhal, Espírito Santo do Dourado, Estiva, Extrema, Heliodora, Inconfidentes, Itapeva, Jacutinga, Monte Sião, Natércia, Ouro Fino, Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí, São Sebastião da Bela Vista, Senador José Bento, Silvianópolis e Turvolândia.

UNIMED SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO (249)

Capetinga, Fortaleza de Minas, Itamogi, Jacuí, São Sebastião do Paraíso e São Tomás de Aquino.

UNIMED SUDOESTE DE MINAS (256)

Alpinópolis, Capitólio, Cássia, Claraval, Delfinópolis, Guapé, Ibiraci, Itaú de Minas, Passos, Piumhi, Pratápolis e São José da Barra.

UNIMED TRÊS CORAÇÕES (234)

Cambuquira, Carmo da Cachoeira, São Bento Abade, São Tomé das Letras e Três Corações.

UNIMED TRÊS PONTAS (190)

Campos Gerais, Coqueiral, Santana da Vargem e Três Pontas.

UNIMED VARGINHA (050)

Boa Esperança, Campanha, Elói Mendes, Monsenhor Paulo, São Gonçalo do Sapucaí e Varginha.

- N.1.3.** Para quem contratou o plano com ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL, os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela contratada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue ao CONTRATANTE.

Parágrafo único. Embora façam parte da rede contratada, os hospitais de Tabela Própria e de Alto Custo, não estão incluídos na cobertura deste contrato.

CAPÍTULO O

DA RESCISÃO:

- O.1. Na hipótese de denúncia deste contrato; nos termos da Lei, não serão admitidas inclusões de novos "Participantes".
- O.2. O presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito:
- O.2.1. De imediato, se as partes não cumprirem fielmente as cláusulas e condições deste "Regulamento de Plano", "Proposta de Adesão", e qualquer outro documento que faça parte integrante deste contrato, ressalvado o caso de calamidade pública ou motivo de força maior que não permita aos contratantes o prosseguimento de suas atividades.
 - O.2.2. De imediato, por fraude ou abuso por parte de qualquer "Participante".
 - O.2.3. De imediato pelo não pagamento da "Contribuição" por parte do "Participante" por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos, ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.
- O.3. O não pagamento das obrigações pecuniárias assumidas pelo "Participante" após o cumprimento dos ditames da Lei, sujeitará o "Participante", além das sanções previstas no diploma legal, a cobrança judicial das quantias por ele devidas, correção monetária e multa de 10% (dez por cento), cobrança essa que será feita judicialmente, autorizando ele, o "Participante", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES emitir duplicatas ou letras de câmbio para consubstanciar seu direito, renunciando o devedor a quaisquer oposições jurídicas, ou renunciando o devedor a quaisquer oposições jurídicas para retardar ou procrastinar o direito da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, uma vez que o considera desde já, líquido, certo e exigível.
- O.4. A responsabilidade da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, quanto aos atendimentos iniciados, cessa no último dia de vigência deste contrato, correndo a partir desta data, as despesas por conta do ex-participante.

CAPÍTULO P

DA LÍQUIDAÇÃO DO PLANO:

- P.1. Em caso de liquidação da UNIMED TRÊS CORAÇÕES, nenhuma contribuição adicional será feita pelos "Participantes". O ativo da UNIMED TRÊS CORAÇÕES será utilizado primeiramente para liquidar todas as despesas administrativas comprometidas e estimadas, incluindo o pagamento de todo ou parte das despesas dos serviços cobertos pelo plano que os "Participantes" tenham utilizado até a data da liquidação. O restante do ativo, se existente, será de propriedade exclusiva dos "Cooperados" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES.

- P.2. Uma vez efetuada a liquidação da UNIMED TRÊS CORAÇÕES na forma descrita no item acima (P.1.), os ex-Participantes desse plano não terão qualquer direito em relação ao plano liquidado, não tendo a UNIMED TRÊS CORAÇÕES nenhum tipo de responsabilidade pelos serviços médicos que seus ex-Participantes venham, por ventura, utilizar após a data de liquidação.

CAPÍTULO Q

DO FORO:

- Q.1. Fica eleito o foro da Comarca de TRÊS CORAÇÕES, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste "Regulamento do Plano".



ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.