

REGULAMENTO GERAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES PELA UNIMED, VINCULADA AO CONVÊNIO CELEBRADO PELA CDL-FLORIANÓPOLIS E PELA ABO/SC

I - INTRODUÇÃO

- 1) A Associação de Odontologia de Santa Catarina – ABO/SC, celebrou convênio com a CDL – FLORIANÓPOLIS, aderindo ao Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares celebrado pela CDL – FLORIANÓPOLIS e a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS (Contrato Coletivo por Adesão nº 2286).
- 2) A adesão da ABO/SC visa disponibilizar aos cirurgiões-dentistas inscritos na ABO/SC, diretores e funcionários da ABO/SC, bem como aos dependentes legais dos mesmos cirurgião-dentista, diretores e funcionários (todos em conjunto, tidos como a “população vinculada à ABO/SC”), os serviços médico-hospitalares acobertados por Planos de Saúde Uniflex geridos e administrados pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, nas duas (02) modalidades (planos) ajustadas entre as partes contratantes, em conformidade com a Lei nº 9.656/98.
- 3) As pessoas que integram a população vinculada à ABO/SC poderão optar livremente pela contratação da cobertura de qualquer um dos dois (02) Planos de Saúde contemplados no Contrato Coletivo por Adesão nº 2286, tornando-se, individualmente, “usuário” ou “beneficiário” de um Plano de Saúde **UNIFLEX Nacional**, sem franquia.
- 4) Para ter direito à cobertura do Plano de Saúde Uniflex, o beneficiário titular deverá subscrever “Ficha de Adesão”, da qual constarão, pelo menos: (i) a sua qualificação completa – e a qualificação completa de cada dependente, caso haja -; (ii) a indicação da modalidade escolhida; (iii) o seu endereço para recebimento de correspondência relacionada ao Plano (inclusive boletos, extratos, demonstrativos e notificações); e (iv) a sua obrigação de pagar à ABO/SC o preço da mensalidade e os eventuais acréscimos legais e contratuais.
- 5) As mensalidades e demais verbas serão pagas diretamente à ABO/SC – via boleto bancário ou mediante débito em conta corrente -, até o dia 10 (dez) de cada mês. O boleto bancário e o débito em conta corrente contemplarão – quando devidos – os valores das mensalidades do titular e dos dependentes
- 6) Ao firmar a “Ficha de Adesão”, o titular pagará – no ato – o preço integral de uma (01) mensalidade do Plano escolhido (contemplando o titular e os dependentes),

acrescido do valor da taxa de inclusão cadastral, estando certo que em nenhuma hipótese esses valores serão restituídos. Estará dispensado desses pagamentos – ao subscrever a “Ficha de Adesão” - o usuário regularmente inscrito em qualquer dos Planos Uniplan, da ABO/SC.

7) Ao firmar o “Termo de Inclusão”, o titular se estará vinculando ao Plano de Saúde Uniflex pelo período mínimo de doze (12) meses, contados da data do vencimento da 1ª (primeira) mensalidade regular, de modo que estará obrigado a pagar pelo menos as primeiras doze (12) mensalidades sucessivas.

8) O dependente legal de usuário que perder a qualidade de dependente ao atingir 24 (vinte e quatro) anos de idade, poderá subscrever “Termo de Inclusão no Plano de Saúde” como titular, aplicando-se-lhe, no que couber, todas as disposições concernentes aos cirurgiões-dentistas.

9) O atraso no pagamento de mensalidade (incluindo a própria mensalidade e demais verbas conjuntamente devidas) impõe ao titular obrigação de pagar à ABO/SC, adicionalmente, encargos moratórios, os quais serão: (i) multa de 2,0% (dois por cento) do valor nominal do débito vencido, corrigido na mesma proporção da variação do INPC/IBGE a cada mês, e (ii) juros e correção monetária calculados *pro rata* dia, conjuntamente, em percentual idêntico ao da TAXA SELIC.

10) O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias determinará a exclusão imediata do titular e dos seus dependentes do Plano de Saúde Uniflex, sem prejuízo da exigibilidade – pela ABO/SC – dos valores impagos até a data da exclusão, acrescidos dos encargos moratórios.

11) Os valores das mensalidades de todos os Planos Uniflex serão reajustados no mês de fevereiro de cada ano, aplicando-se integralmente os percentuais indicados pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS. Cada reajuste poderá contemplar: (i) a correção monetária, em percentual autorizado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, e (ii) o acréscimo destinado a compensar excesso de sinistralidade eventualmente apresentado pelo grupo de usuários acobertados pelos Planos de Saúde, vinculados ao Contrato Coletivo por Adesão nº 2286.

12) Haverá excesso de sinistralidade sempre que no ano civil anterior à data-base do reajuste (fevereiro) o custo total dos serviços médico-hospitalares utilizados por titulares e dependentes vinculados ao Contrato Coletivo por Adesão nº 2286 for superior a 78% (setenta e oito por cento) do total das remunerações correspondentes auferidas pela UNIMED FLORIANÓPOLIS. A apuração do eventual excesso de sinistralidade será feita em conjunto pela UNIMED FLORIANÓPOLIS, pela CDL-FLORIANÓPOLIS e pela ABO/SC.

13) Independentemente do acréscimo da correção monetária e do reajuste por excesso de sinistralidade, a mensalidade será majorada sempre que o titular ou o

dependente for classificado em outra faixa etária, das quatro (04) previstas: (i) de 00 até 49 anos; (ii) de 50 até 59 anos; (iii) de 60 até 69 anos; e (iv) acima de 70 anos. Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se vigente a tabela de vendas existente na data em que o usuário mudar de faixa etária.

14) Se a subscrição da “Ficha de Adesão” acontecer até o dia 15 (quinze), inclusive, a inclusão do titular e dos dependentes no Plano de Saúde será contada sempre a partir do 1º (primeiro) dia do mês seguinte. Caso a assinatura do “Ficha de Adesão” ocorra do dia 16 (dezesesseis), inclusive, em diante, a inclusão do titular e dos dependentes no Plano de Saúde será contada sempre a partir do 1º (primeiro) dia do 2º (segundo) mês subsequente. A primeira mensalidade vencerá no dia 10 (dez) do mês em que ocorrer a inclusão.

II - REFERÊNCIAS CONTRATUAIS E LEGAIS

BASE LEGAL NORTEADORA: CONTRATO UNIMED Nº 2286 (PLANO UNIFLEX NACIONAL COLETIVO POR ADESÃO)

Opções de Acomodação:

- a) **Plano Uniflex Apartamento:** internação em apartamento *standard* com banheiro privativo e direito a acompanhante;
- b) **Plano Uniflex Enfermaria:** internação em quarto coletivo.

**REGISTRO NA ANS: 435.412/01-5 (APARTAMENTO)
435.409/01-5 (ENFERMARIA)**

III - CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

CLÁUSULA 1ª – A ADESÃO

A qualidade de usuário de Plano de Saúde Uniflex será adquirida pelo integrante da população vinculada à ABO/SC, através de adesão espontânea e opcional formulada na Ficha de Adesão.

Parágrafo 1º. Aos usuários titulares e dependentes do plano Uniflex, não é facultada opção de acomodação diferente das ofertadas pela Unimed Florianópolis.

Parágrafo 2º. O Plano Referência definido na Lei nº. 9.656/98 corresponde à opção pelo Plano Uniflex Enfermaria, segmentações hospitalar em enfermaria e ambulatorial.

Parágrafo 3º. No Plano Uniflex Enfermaria, quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, estarão cobertas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação.

CLÁUSULA 2ª - COBERTURAS

Os usuários titulares e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde Uniflex terão direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar (segundo opção de acomodação por eles feita) a ser efetuado em rede própria ou credenciada da UNIMED e realizado por médicos dela cooperados, observados os limites de carência estabelecidos neste regulamento. Além das definições impostas pelo rol de procedimentos da Resolução ANS/RDC nº. 41 de 14 de dezembro de 2000 (ou por regulamentação que a substitua), o atendimento observará às seguintes condições de cobertura:

- 1) Assistência à 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 em resoluções da ANS;
- 2) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente;
- 4) Internações hospitalares, em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 5) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

- 6) 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;
- 7) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Convênio;
- 8) Atendimento obstétrico;
- 9) 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;
- 10) As cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- 11) Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada quando da internação hospitalar, consoante resoluções da ANS;
- 12) As órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico e fornecidas pela UNIMED ou por quem ela indicar;
- 13) Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
 - a) Nos transplantes de córnea e rim, as despesas com seus procedimentos vinculados — *entendidos como 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);
 - b) 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.
- 14) 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 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 cumulativas;
- c) Tratamento básico, assim entendido como 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” deste inciso, 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 (F00 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 na adolescência (F90 a F98);
- 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.

f) Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no item 14, inciso II, letras “a” e “b” da cláusula 2ª, haverá controle mediante uma taxa, equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada, no Plano Uniflex Apartamento, e equivalente a R\$ 15,00 (quinze reais) no Plano Uniflex Enfermaria.

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIAS

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os novos usuários deverão cumprir os períodos de carência abaixo indicados, contados da data de registro da sua adesão na UNIMED FLORIANÓPOLIS.

Os usuários que migrarem do Plano UNIPLAN, da ABO/SC, deverão cumprir, se existente, o saldo restante das carências relativas aos planos anteriormente contratados, desde que a migração seja para um plano de categoria equivalente ou, ainda, deverão cumprir as eventuais carências específicas para procedimentos recém incluídos na cobertura, devido à elevação de categoria (ampliação da cobertura em relação ao plano antigo).

	CARÊNCIA
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Fisioterapias	90 dias
• Partos a termo	300 dias
• Todas as demais coberturas	180 dias

Parágrafo único. Para atendimento de casos relacionados a doenças e lesões preexistentes, sempre em conformidade com a normatização da ANS, os novos usuários admitidos deverão observar os seguintes períodos de carência:

	CARÊNCIA
• Consultas médicas e análises clínicas	30 dias
• Exames básicos de apoio diagnóstico, radioimunoensaio, eletrocardiograma e eletroencefalograma e vigília (com e sem fotoestimulação)	60 dias
• Fisioterapias para patologias ortopédicas e traumatológicas	90 dias
• Demais eletroencefalogramas, demais fisioterapias e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	180 dias

- **Honorários médicos de internação e custos hospitalares de obstetrícia e neonatologia** **10 meses**
- **Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação** **24 meses**

CLÁUSULA 4ª - 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, é assegurada após 24 (vinte e quatro) horas do registro da adesão na UNIMED DE FLORIANÓPOLIS.

Parágrafo 1º. Se, em continuidade ao atendimento de urgência e emergência, for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS cessará a partir da internação ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo 2º. Após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS garantirá a cobertura de sua remoção.

Parágrafo 3º. Nos casos previstos no parágrafo anterior, quando não possa haver remoção por risco de morte, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS e a ABO/SC.

Parágrafo 4º. Caberá à UNIMED DE FLORIANÓPOLIS o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes.

Parágrafo 5º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo 6º. 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 no inciso IV, da cláusula 12ª, sob pena de a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo 7º. Os usuários 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 DE FLORIANÓPOLIS em vigência, desde que:

a) o usuário entregue toda a documentação relativa às despesas efetuadas, recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; e

b) a documentação seja entregue à UNIMED DE FLORIANÓPOLIS no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta.

CLÁUSULA 5ª - 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 comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
- j) Transplantes e as despesas deles decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) Consultas domiciliares;
- l) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto o item 10 da cláusula 2ª;
- m) Exames admissionais, demissionais e periódicos;

- n) Acidente do Trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 — Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional do Ministério do Trabalho.

CLÁUSULA 6ª - 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 deste Convênio os seguintes hospitais:

- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- **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 Minesota (Vila Serena), Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico e Protocolo Pronto Socorro e Clínica Cardiológica;
- **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):** Hospital Beneficência Portuguesa, 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 Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A., Incor - Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A. e Pro-Matre Paulista S.A.
- **Joinville (SC):** Hospital Dona Helena.

CLÁUSULA 7ª - USUÁRIO TITULAR E DEPENDENTE

Adquire a qualidade de “usuário” todo beneficiário do Convênio, sendo:

- I. **Usuários titulares:** os cirurgiões-dentistas, funcionários e diretores inscritos na ABO/SC, o dependente legal de qualquer um destes, que perca a condição de dependente ao atingir a idade-limite;
- II. **Usuários dependentes:** os que sejam, em relação aos usuários titulares:
 - a) O cônjuge;
 - b) Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
 - c) O enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial;
 - d) A companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
 - e) Os filhos incapazes;
 - f) Agregados, definidos como pai, mãe, sogro e sogra que tenham dependência econômica ao titular, comprovada através da declaração do Imposto de Renda ou declaração do INSS.

Parágrafo Único. A ABO/SC reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais hábeis a atestar a condição de dependência.

CLÁUSULA 8ª - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

É assegurada a inclusão do filho recém-nascido do usuário titular e/ou de seus dependentes, 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.

Parágrafo 1º. Também é assegurada a inclusão de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura que tenha o(a) adotante, inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção, exceto para doenças preexistentes.

Parágrafo 2º. O usuário que permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes - ainda que sem o seu conhecimento – será automaticamente excluído do Plano de Saúde Uniflex, juntamente com seus dependentes.

Parágrafo 3º. Será também excluído do Plano de Saúde Uniflex o usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para inclusão no plano.

Parágrafo 4º. Nos casos apontados nos parágrafos 2º e 3º acima, a exclusão se dará mediante comunicação escrita da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, comprovadamente entregue à ABO/SC.

CLÁUSULA 09ª - DOCUMENTAÇÃO

As Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde e as Declarações de Opção por Agravado serão assinadas pela ABO/SC e pelos usuários.

Parágrafo 1º. Com base nas Declarações de Saúde, a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS poderá solicitar ao usuário a realização de **avaliação médica**, por médico perito, escolhido pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS.

Parágrafo 2º. A UNIMED DE FLORIANÓPOLIS poderá solicitar complementarmente a realização de exames que auxiliarão o médico perito durante sua avaliação. Será entregue ao usuário uma guia para realização desses exames, cujos resultados, juntamente com a Declaração de Saúde, serão entregues ao médico durante a avaliação.

Parágrafo 3º. O custo da avaliação médica, quando realizada por um dos médicos da UNIMED, bem como dos exames solicitados, serão suportados pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS.

CLÁUSULA 10ª - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A UNIMED DE FLORIANÓPOLIS fornecerá ao usuário titular e a cada dependente 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 da cobertura do Plano de Saúde Uniflex.

Parágrafo 1º. No cartão de identificação, o Plano Uniflex Apartamento será indicado pela expressão "K6", e o Plano Uniflex Enfermaria pela expressão "K9".

Parágrafo 2º. Em caso de exclusão, é obrigação do usuário titular devolver para a ABO/SC os cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo 3º. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o usuário deverá comunicar imediatamente à ABO/SC, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão da segunda via do cartão será suportado pelo usuário.

CLÁUSULA 11ª - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

- I. **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;
- II. **Atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais e obstétricos:** serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela UNIMED;
- III. **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico e autorização prévia da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS;
- IV. **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 DE FLORIANÓPOLIS em favor do usuário.

Parágrafo 1º. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste Convênio, 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 DE FLORIANÓPOLIS para a CDL-FLORIANÓPOLIS ou para a ABO/SC.

Parágrafo 2º. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

Parágrafo 3º. Os usuários com mais de 65 (sessenta e cinco) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos terão prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

CLÁUSULA 12ª – PERDA DA INSCRIÇÃO NA ABO/SC

Será excluído do Plano de Saúde Uniflex – juntamente com os respectivos dependentes - os cirurgiões-dentistas que perder a qualidade de inscrito no quadro correspondente da ABO/SC, em razão de infração disciplinar e/ou por decisão administrativa irrecorrível do Conselho Regional de Odontologia de SC. Será igualmente excluído do Plano de Saúde Uniflex – juntamente com os respectivos dependentes – o cirurgiões-dentistas que perder a qualidade de inscrito no quadro correspondente da ABO/SC, por ato voluntário.

Parágrafo 1º. No caso de perda da qualidade de inscrito por infração disciplinar, a exclusão dos cirurgiões-dentistas – e respectivos dependentes – do Plano de Saúde Uniflex acontecerá no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da decisão administrativa da ABO/SC.

Parágrafo 2º. No caso de perda da qualidade de inscrito por ato voluntário, a exclusão do cirurgião-dentista – e respectivos dependentes – do Plano de Saúde Uniflex acontecerá no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da protocolização do pedido de baixa ou de cancelamento da inscrição na ABO/SC.

Parágrafo 3º. Poderá permanecer incluído no Plano de Saúde Uniflex – assim como os respectivos dependentes - o cirurgião-dentista licenciado a pedido ou suspenso por decisão administrativa.

CLÁUSULA 13ª - EMPREGADOS DEMITIDOS

No caso de rescisão do contrato de trabalho do usuário empregado da ABO/SC, é assegurado ao titular – e respectivos dependentes - o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência da relação empregatícia, desde que:

- a) Assuma a obrigação de pagar integralmente as mensalidades e, se for o caso, a co-participação;
- b) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, cabendo à ABO/SC formalizar questionamento a este respeito no ato da rescisão;
- c) Mantenha todo o mesmo grupo familiar incluído no Plano de Saúde Uniflex quando da vigência do contrato de trabalho.

Parágrafo 1º. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano, observando-se o mínimo de seis (6) e o máximo de vinte e quatro (24) meses.

Parágrafo 2º. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício quando aquele for admitido em novo emprego.

CLÁUSULA 14ª - DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS

A ABO/SC, a CDL-FLORIANÓPOLIS e a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS não se responsabilizam 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.

Parágrafo Único. A responsabilidade pelo pagamento dessas despesas será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar a liquidação junto ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 15ª - 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 da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, observadas as limitações de coberturas contratuais.

Parágrafo 1º. 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 da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS. Neste caso, poderão ser feitos os seguintes trajetos:

- a) De um hospital para outro com maiores recursos;
- b) De um hospital para outro, localizado na cidade onde reside o usuário, localizada esta no Estado de Santa Catarina.

Parágrafo 2º. 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.

Parágrafo 3º. A equipe médica responsável pelo transporte fará avaliação das condições do paciente, para certificar-se de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo.

Parágrafo 4º. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

Parágrafo 5º. 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.

Parágrafo 6º. 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.

Parágrafo 7º. As aeronaves não conterão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marcapasso externo, para eventual utilização durante o transporte.

Parágrafo 8º. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, por qualquer motivo.

Parágrafo 9º. 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 na cláusula 5ª deste Regulamento.

CLÁUSULA 16ª - FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes, (exceto aqueles definidos na letra “f” do inciso II da cláusula 8ª) terão direito aos serviços previstos nos planos em que se encontrarem inscritos, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades.

Parágrafo 1º. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo.

Parágrafo 2º. O direito ao FEA não poderá ser exercido nos seguintes casos:

- a) Se na data do óbito as mensalidades não estiverem rigorosamente em dia;
- b) Se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) Para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciado há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) Se os usuários fixarem domicílio fora do Estado de Santa Catarina.

Parágrafo 3º. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA os regularmente inscritos segundo o inciso II da cláusula 8ª, exceto aqueles descritos na letra “f”.

Parágrafo 4º. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito na forma da Cláusula 9ª.

Parágrafo 5º. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, do Atestado e da Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo 6º. Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA.

Parágrafo 7º. Após utilizarem os benefícios do FEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano, com isenção de carências para as coberturas existentes.

CLÁUSULA 17ª – MENSALIDADE

O usuário titular pagará mensalmente à ABO/SC, até o dia dez (10) de cada mês, a importância correspondente à soma das mensalidades dele e dos usuários e dependentes.

Parágrafo 1º. O atraso no pagamento de mensalidade impõe ao titular obrigação de pagar à ABO/SC, adicionalmente:

- a) multa de 2,0% (dois por cento) do valor nominal do débito vencido, corrigido na mesma proporção da variação do INPC/IBGE a cada mês;
- b) juros e correção monetária calculados *pro rata* dia, conjuntamente, em percentual idêntico ao da TAXA SELIC.

Parágrafo 2º. A inadimplência do usuário autoriza a ABO/SC a inscrevê-lo no rol de maus pagadores do Serviço de Proteção ao Crédito (SPC).

CLÁUSULA 18ª - DO REAJUSTE

As mensalidades devidas pelos usuários serão reajustadas anualmente, na proporção indicada pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, obedecida a legislação de regência e especialmente a normatização originada da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Parágrafo 1º. O reajuste de preços determinado pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS será praticado integral e imediatamente.

Parágrafo 2º. Os critérios de reajuste praticados pela UNIMED DE FLORIANÓPOLIS obedecerão, cumulativamente, aos seguintes fatores:

- a) Correção monetária na mesma proporção da variação do IGPM-FGV, ou, em sua inexistência, do índice legal que o substitua;
- b) Índice de utilização dos serviços pela coletividade contemplada no plano, acima da média normal (sinistralidade);
- c) Elevação do custo dos insumos que compõem a assistência ambulatorial e hospitalar;

- d) Acréscimo de novos métodos de diagnóstico e de tratamentos; e
- e) Em razão da idade do usuário, a partir dos 50 (cinquenta) anos, e a cada idade múltipla de 10 (dez), exceto para os usuários com mais de 70 (setenta) anos.

CLÁUSULA 19ª – SUSPENSÃO OU EXCLUSÃO DO USUÁRIO POR INADIMPLÊNCIA

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias implicará exclusão do usuário – e respectivos dependentes – do Plano de Saúde Uniflex, salvo se a inadimplência ocorrer durante a internação do titular.

Parágrafo 1º. O usuário – e respectivos dependentes – também poderá ser excluído do Plano de Saúde Uniflex por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados e a utilização indevida do cartão individual de identificação.

Parágrafo 2º. O usuário titular desligado ou excluído do Plano de Saúde Uniflex – por qualquer motivo - é obrigado a entregar à ABO/SC, no prazo de 10 (dez) dias, os cartões de identificação dele próprio e também dos seus dependentes.

Parágrafo 3º. Se entre a data do desligamento ou da exclusão e a entrega do(s) cartão(ões) de identificação transcorrer prazo superior a 10 (dez) dias, ao usuário titular será imposta multa de 10% (dez por cento) do valor da mensalidade por dia de atraso, até o limite de 2 (duas) mensalidades. A multa será lançada a débito do titular e cobrada juntamente com os demais débitos em aberto.

CLÁUSULA 20ª – RESCISÃO E DESLIGAMENTO

Adimplindo suas obrigações nos 12 (doze) primeiros meses, o usuário regular – inclusive o dependente – poderá, querendo, desligar-se do Plano Uniflex, desde que manifeste tal intenção por escrito à ABO/SC, entregando, no mesmo ato, todos os cartões de identificação (UNIMED) dele e dos respectivos dependentes.

Parágrafo Único. O usuário titular ficará responsável pelo pagamento à ABO/SC dos valores pendentes de cobrança, inclusive a mensalidade final.

CLÁUSULA 21ª - PRAZO E VIGÊNCIA

A adesão do usuário – titular e dependente – ao plano Uniflex se dá pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, prorrogando-se automaticamente, a partir do 13º (décimo-terceiro) mês, por prazo indeterminado.

Parágrafo 1º. O usuário titular tem a obrigação de pagar as 12 (doze) primeiras mensalidades – além das seguintes, em havendo prorrogação - dele próprio e dos dependentes.

Parágrafo 2º. A suspensão dos pagamentos no curso do primeiro ano de vigência do contrato importará exclusão do usuário – titular e dependentes – do plano Uniflex, mas não o exime da obrigação referida no parágrafo 1º.

CLÁUSULA 22ª – INFORMAÇÕES E SUGESTÕES

As reclamações ou sugestões sobre a prestação de qualquer um dos serviços médico-hospitalares cobertos pelo plano Uniflex deverão ser encaminhadas por escrito à UNIMED DE FLORIANÓPOLIS.

Parágrafo 1º. A CDL-FLORIANÓPOLIS manterá serviço de atendimento ao usuário vinculado à ABO/SC, em horário comercial (de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h), para prestar informações acerca de direitos, obrigações, coberturas, franquias e relacionamento com a UNIMED, receber e registrar reclamações e sugestões e encaminhar as soluções adequadas a cada caso.

Parágrafo 2º. Para atendimento nos demais horários, deverá ser acionada diretamente a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, através do serviço “0800”.

Parágrafo 3º. As questões relacionadas à cobrança de mensalidades e demais verbas deverão ser tratadas diretamente com a ABO/SC.

CLÁUSULA 23ª - FORO

O foro competente para dirimir quaisquer desinteligências relacionadas a este Regulamento, bem como para solucionar quaisquer questões no relacionamento entre os usuários dos Planos Uniflex e a ABO/SC é o da Comarca de Florianópolis.

A Associação Brasileira de Odontologia de Santa Catarina – ABO/SC se obriga a cumprir e fazer cumprir todas as normas contidas neste Regulamento, aprovado na Reunião Ordinária da Diretoria, adotando-o como instrumento regulador dos Planos de Saúde Uniflex.

NÁDIA MARIA FAVA
Presidente

GUSTAVO ZANATTA BRANDEBURGO
Diretor Tesoureiro