

250E
Adesão**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM OBSTETRÍCIA
ATENDIMENTO DE ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS**Sumário

Título I	-	Atributos dos Contrato	02
Título II	-	Condições de Admissão.....	04
Título III	-	Coberturas e Procedimentos Garantidos	06
Título IV	-	Exclusões de Cobertura.....	10
Título V	-	Duração do Contrato.....	11
Título VI	-	Períodos de Carência	12
Título VII	-	Doenças e Lesões Preexistentes	15
Título VIII	-	Atendimento de Urgência e Emergência	16
Título IX	-	Acesso a Livre Escolha de Prestadores.....	18
Título X	-	Mecanismos de Regulação.....	18
Título XI	-	Formação de Preço e Mensalidade.....	21
Título XII	-	Reajuste	22
Título XIII	-	Faixas Etárias	25
Título XIV	-	Bônus - Descontos	26
Título XV	-	Condições da Perda Qualidade de Beneficiário	26
Título XVI	-	Rescisão/Suspensão.....	27
Título XVII	-	Disposições Gerais.....	28
Título XVIII	-	Eleição de Foro	29

250E
Adesão**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM OBSTETRÍCIA
ATENDIMENTO DE ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS**

PRODUTO 472.765/14-7

REGISTRO ANS N.º 35.403-1

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

Razão Social	UNIMED São Carlos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ	45.359.213/0001-42
Endereço	Rua Vicente Pelicano, 945 – Bairro Azulville – São Carlos SP
Classificação	Cooperativa Médica
Registro ANS	35.403-1

II - QUALIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE:

Razão Social	SINDICATO DOS TRABALHADORES TECNICO-ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO CARLOS	
Nome Fantasia	SINTUFSCAR – 2365	
CNPJ/Incr. Estadual	CNPJ nº 49.161.821/0001-07	Inscr. Est. nº: ISENTO
End.(Av/Rua/CEP)	Rod. Washington Luiz, s/n Km 235 - Monjolinho - Cep: 13565-800	
Cidade/UF/Fone/email	São Carlos/SP	Fone: (16) 3413-7407 Email:sintuf@ufscar.br / adilson@sintufscar.org.br / sergio@sintufscar.org.br

Art. 1º. Por este instrumento particular, as partes – CONTRATANTE E CONTRATADA - acima identificadas e devidamente qualificadas, designadas neste instrumento simplesmente “CONTRATANTE” e “CONTRATADA”, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelos Artigos e condições seguintes:

TÍTULO I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 2º. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a Assistência Médica Hospitalar aqui estipulada, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 3º. O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, em conformidade com a Lei 10.406, de 10/01/2002, que instituiu o Código Civil Brasileiro, estando sujeito também ao que preceituam as disposições insertas na lei 8.078/90, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor e à Lei 9.656/98, complementada pelas normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com as seguintes características:

NOME DO PRODUTO CONTRATADO	250E Adesão
NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS	472.765/14-7
TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO POR ADESÃO
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	GRUPO DE MUNICÍPIOS São Carlos, Ibaté, Dourado, Descalvado e Ribeirão Bonito
ÁREA DE ATUAÇÃO	São Carlos, Ibaté, Dourado, Descalvado e Ribeirão Bonito
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COLETIVO (ENFERMARIA)

Único - Se, na oportunidade da internação, o prestador não tiver disponível a acomodação contratada pelo BENEFICIÁRIO, fica assegurada a este, sem ônus,

acomodação em padrão superior disponível, até que seja possível sua transferência para o padrão contratado.

Art. 4º. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. **PLANO:** é a opção de coberturas adquirida pela CONTRATANTE.
2. **PRODUTOS:** é composição das características descritas no contrato que garante em sua totalidade ao consumidos as coberturas, procedimentos e/ou atendimentos previstos contratualmente.
3. **COBERTURA:** compreende os procedimentos estabelecidos nas cláusulas contratuais e aqueles procedimentos que constam no Rol de procedimentos editados pela ANS (Agência Nacional Saúde Suplementar).
4. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
5. **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os **BENEFICIÁRIOS** não têm direito às coberturas contratadas.
6. **DOENÇAS OU LESÃO PREEEXISTENTE:** são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do plano de assistência à saúde.
7. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
8. **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
9. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
10. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizado em declaração do médico assistente.
11. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
12. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
13. **PRÓTESE:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
14. **MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
15. **INSCRIÇÃO:** é o ato de incluir um **BENEFICIÁRIO** no plano de assistência médica.
16. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do **BENEFICIÁRIO**, tipo de

- procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
17. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual A CONTRATANTE se obriga a pagar à Contratada.
18. **TABELA DE REFERÊNCIA DA CONTRATADA:** é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde
19. **GUIA DE SERVIÇOS MÉDICOS:** é o manual de orientação ao BENEFICIÁRIO para utilização do plano de saúde da CONTRATADA bem como a lista dos cooperados e os serviços credenciados para o atendimento.
20. **RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do BENEFICIÁRIO pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
21. **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA:** é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.
22. **SISTEMA NACIONAL UNIMED:** é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos BENEFICIÁRIOS.
23. **UNIMED:** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de maio de 1971, criada e dirigida por médicos.
24. **MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5º. O presente contrato estabelece cobertura assistencial às pessoas físicas, vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, em caráter profissional, classista ou setorial, relacionados como tal pela CONTRATANTE.

Art. 6º. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente incluídos através de planilha padrão pela CONTRATADA, para os procedimentos, de acordo com as coberturas contratadas.

Art. 7º. Estão incluídas no conceito de pessoa jurídica CONTRATANTE, de caráter profissional, classista ou setorial, as seguintes:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

-
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
 - III – associações profissionais legalmente constituídas há, pelo menos, um ano;
 - IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, constituídas há, pelo menos, um ano regulamentadas;
 - V - caixas de assistência e fundações de direito privado, constituídas há, pelo menos, um ano;
 - VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985, constituída há, pelo menos, um ano e
 - VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, da Agência Nacional de Saúde, constituídas há, pelo menos, um ano.

Art. 8º. Serão considerados como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, para todos os efeitos deste contrato e enquanto esse último participe do Plano:

- a) O (a) cônjuge;
- a) Os (as) filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
- b) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e/ou os filhos tutelados (as), até completarem 24 anos, desde que estejam cursando curso superior;
- c) O enteado e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O (a) companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) Os (as) filhos (as) comprovadamente inválidos (as).

Art. 9º. Serão considerados como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, para todos os efeitos deste contrato e enquanto esse último participe do Plano:

- a) O (a) cônjuge;
- b) Os (as) filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;

- c) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e/ou os filhos tutelados (as), até completarem 24 anos, desde que estejam cursando curso superior;
- d) O enteado e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;
- e) O (a) companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- f) Os (as) filhos (as) comprovadamente inválidos (as).

Art. 10. É assegurada a inclusão:

- I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, isento do cumprimento de carências.
- II - Do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento de todos os períodos de carência já foram cumpridos pelo adotante.
- III - De novos dirigentes e empregados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos para os BENEFICIÁRIOS inscritos inicialmente no contrato.

§ 1º O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

§ 2º Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Art. 11. As inscrições no início da vigência do contrato deverão abranger a totalidade de BENEFICIÁRIOS previstos na negociação com a CONTRATANTE.

Art. 12. A CONTRATANTE comunicará por escrito através de planilha padrão as inclusões e exclusões até o dia 25 de cada mês, sendo que as inclusões e exclusões terão vigência a partir do 1º dia útil do mês subsequente.

TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Art. 13. O atendimento, obedecida à segmentação assistencial e da área de abrangência geográfica estabelecida no presente contrato, será assegurado independentemente do local de origem do evento.

Art. 14. Esta cobertura compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observada a seguinte abrangência:

I - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II - Nas consultas de rotina o BENEFICIÁRIO será atendido pelo médico cooperado assistente no horário normal de consulta competindo ao BENEFICIÁRIO exercer a livre escolha entre os associados da CONTRATADA.

III - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado assistente.

IV - Cirurgias Oftalmológicas ambulatoriais e hemoterapia ambulatorial;

V - A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

• INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 15. A CONTRATADA assegura aos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE regularmente inscritos, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, durante a internação clínica e/ou cirúrgica com acomodação em quarto coletivo (2 a 4 leitos), os seguintes serviços hospitalares:

- a) assistência médica através de médicos cooperados assistentes;
- b) diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo/padrão enfermaria, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente;
- c) unidade de terapia intensiva ou isolamento, sem limitação de prazo, quando determinado pelo médico assistente;
- d) exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação e os constantes no Rol de Procedimentos previstos na legislação;
- e) medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
- f) cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive materiais utilizados;
- g) quimioterapia e radioterapia;
- h) diálise peritoneal e hemodiálise;

- i) fisioterapia;
- j) próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico;
- k) serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- l) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- m) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- n) coberturas de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- o) Os BENEFICIÁRIOS terão direito, também, à remoção inter-hospitalar (em ambulância), nos casos de urgência e emergência, quando a sua necessidade for atestada por médico assistente, compreendendo a remoção apenas o território nacional, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

Art. 16. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes, bem como despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados da UNIMED SÃO CARLOS ou entidades não credenciadas por este e ainda serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

§1º - O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo BENEFICIÁRIO ao prestador do atendimento.

Art. 17. As internações deverão ser autorizadas pela CONTRATADA mediante solicitação do médico cooperado assistente através de guia de internação hospitalar sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

Art. 18. Nas hipóteses de urgências ou emergências, o BENEFICIÁRIO – desde que tenha cumprido o prazo de 24 horas de carência e as condições observadas nos parágrafos abaixo, terá direito a internação imediata.

§ 1º. As internações nos atendimentos de urgência/emergência decorrentes de acidentes pessoais e complicações no processo gestacional serão garantidas, sem restrições, após decorridos 24 horas da vigência do contrato, de acordo com a Lei 9656/98.

§ 2º. As internações nos atendimentos de urgência/emergência quando o BENEFICIÁRIO estiver no período de carência, excluindo os acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, será limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não sendo garantido, portanto cobertura para a

continuidade da internação. Quando necessária a continuidade deste atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

Art. 19. As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 20. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

Art. 21. A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais para o respectivo BENEFICIÁRIO, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 22. Cobertura em cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrentes de tratamentos de câncer.

Art. 23. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a. despesas assistenciais com doadores vivos;
- a. medicamentos utilizados durante a internação;
- b. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- c. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

Parágrafo único. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o BENEFICIÁRIO esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Art. 24. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias a realização do transplante.

Art. 25. NO CASO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, O PRESENTE CONTRATO COBRE:

a) o custeio integral de 30 dias de internação por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o BENEFICIÁRIO em situação de crise;

b) o custeio integral de 15 dias de internação por ano de contrato, em hospital geral, sendo o BENEFICIÁRIO portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

c) 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia e para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano;

• TRANSPORTE TERRESTRE -UTI MÓVEL – AMBULÂNCIA CONVENCIONAL

Art. 26. Tem por objeto garantir a CONTRATANTE e/ou demais BENEFICIÁRIOS direito a remoção inter-hospitalar nos casos de urgência e emergência em UTI MÓVEL de acordo com o especificado no Título VIII.

TÍTULO IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 27. Fica expressamente ajustado entre as partes, que o presente contrato não cobre os serviços médico-hospitalares em face dos seguintes procedimentos:

- a) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- b) consultas ELETIVAS em PRONTO SOCORROS
- c) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- d) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
- e) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses importados, procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- f) tratamentos de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética;
- g) transplantes cardíacos, transplante de fígados, transplante de medula óssea e transplante de pâncreas;
- h) exames admissionais, demissionais e periódicos, relativos à Medicina Ocupacional;
- i) vacinas;

- j) medicamentos importados, exceto aqueles cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;
- k) medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
- l) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- m) cirurgias plásticas, exceto a cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais para o respectivo BENEFICIÁRIO, e que estejam causando problemas funcionais e cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrentes de tratamentos de câncer;
- n) check-up em regime de internação hospitalar, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- o) tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade e esterilidade;
- p) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos cientificamente, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- q) Estão excluídos da cobertura contratual os seguintes hospitais Albert Eistein, Sírio Libanês, Hospital Santa Catarina, Instituto do Coração (INCOR), Beneficência Portuguesa, Hospital do Coração, Hospital 9 de Julho, Hospital São Paulo, Hospital Oswaldo Cruz, Dante Pazzanese, Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital e Maternidade Santa Joana (PRÓ MATRE), Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel) e Pronto Socorro Infantil Sabará, localizados na cidade de São Paulo e Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, Clínica São Vicente, Casa de Saúde São José, DH - Day Hospital, Hospital Barra D'Or, Hospital Quinta D'Or, Hospital Rio Mar, Perinatal Laranjeiras, Pró Cardíaco, Casa de Saúde Santa Lúcia, Hospital Israelita (Albert Sabim), Hospital São Lucas e Prontocor localizados na cidade do Rio de Janeiro e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria.

TÍTULO V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 28. Este contrato terá o início de vigência a partir da data de sua assinatura e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos prorrogando-se por prazo indeterminado.

§ Único – Para efeito de contagem de carências, no caso de inclusão de BENEFICIÁRIOS será considerado como início da vigência a data da respectiva adesão.

Art. 29. Após os primeiros 12 (doze) meses de contratação e não havendo manifestação desfavorável da CONTRATANTE, o presente contrato renovar-se-á automaticamente, prorrogando-se por tempo indeterminado.

Art. 30. Não será exigida pela CONTRATADA cobrança de taxa ou de qualquer outro valor como condição para a renovação do presente contrato.

TÍTULO VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 31. Ficam estabelecidos, para utilização dos serviços aqui convencionados em relação a cada BENEFICIÁRIO, seja na data da assinatura deste, seja por inclusão posterior, os seguintes prazos de carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas - para os atendimentos de urgências, emergências e acidentes pessoais;
- b) 30 (trinta) dias - Consultas e exames complementares;
- c) 180 (cento e oitenta) dias - Exames e procedimentos especiais;
- d) 180 (cento e oitenta) dias - Quimioterapia e Radioterapia;
- e) 180 (cento e oitenta) dias - Diálise Peritonial – CAPD e Hemodiálise;
- f) 120 (cento e vinte) dias - Atos e Cirurgias Ambulatoriais em consultórios ou ambulatorios;
- g) 180 (cento e oitenta) dias - Cirurgias Cardíacas;
- h) 180 (cento e oitenta) dias - Internações clínicas e cirúrgicas;
- i) 180 (cento e oitenta) dias - Internações psiquiátricas;
- j) 180 (cento e oitenta) dias - Transplantes de Rim e Córnea;
- k) 300 (trezentos) dias - internações para partos a termo;
- l) 180 (cento e oitenta) dias - Transporte Aeromédico;
- m) 90 (noventa) dias – Fisioterapia (todas);
- n) 720 (setecentos e vinte) dias – Doenças Pré-Existentes (DLP)

Art. 31. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências para aqueles beneficiários que forem incluídos neste plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente contrato.

a) - a cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- a) - o beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo definido no caput deste artigo;
- a) a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

§ 2º. As internações nos atendimentos de urgência/emergência decorrentes de acidentes pessoais e complicações no processo gestacional serão garantidas,

sem restrições, após decorridos 24 horas da vigência do contrato, de acordo com a Lei 9656/98.

§ 3º. As internações nos atendimentos de urgência/emergência quando o BENEFICIÁRIO estiver no período de carência, excluindo os acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, será limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não sendo garantido portanto cobertura para a continuidade da internação. Quando necessária a continuidade deste atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, à partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

§ 4º. São considerados exames e procedimentos especiais: Ressonância Nuclear Magnética (todas), Tomografias Computadorizadas (todas), Ultrassonografias (todas), Mamografia, Densitometria óssea, Radiologia Intervencionista e com Contraste (todas), Angiografia (todas), Arteriografia (todas), Cateterismo Cardíaco, Procedimentos Diagnósticos em Hemodinâmica (todos) com ou sem procedimentos terapêuticos, Ecocardiogramas (qualquer tipo), Ecodoppler vascular (ultrassom vascular), Testes Ergométricos, Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA), Holter, Medicina Nuclear (todos), Polissonografia, Eletroencefalograma prolongado, Potencial Evocado (todos), Mapeamento cerebral (todos), Estudo P-300, Eletroneuromiografia, Eletromiografia, Colonoscopia com ou sem polipectomia, Endoscopias (qualquer tipo), Laparoscopia Cirúrgica e Diagnóstica, Videohisteroscopia cirúrgica e diagnóstica, Broncoscopia (qualquer tipo), Videoartroscopia, Imunoperoxidase, PCR Quantitativo, Hibridização molecular, Ph - metria, Punções - biópsias aspirativas (todas), Retinografia (simples e fluorescente), Microscopia especular de córnea, Ceratoscopia computadorizada, Urodinâmica completa, Estudo Urodinâmico, Exames e Testes Otorrinolaringológicos (todos), Exames e Testes Oftalmológicos (todos), Exames e Testes Alergológicos (todos), Prova ventilatória completa (qualquer tipo), Litotripsia (todos), Oxigenoterapia hiperbárica, Cariótipo com bandas (líquido amniótico/ pele/ embrionário ou fetal), Capsulotomia (Yag ou cirúrgica), Facectomia com ou sem implante e acupuntura.

Art. 32. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

• QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente será devida à beneficiária gestante (titular ou dependente), após o cumprimento do prazo de carência de 300 (trezentos) dias.

2. Para os planos hospitalares com obstetria, é assegurado o atendimento de urgência relacionado a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, desde que obedecidas as seguintes regras:

a) cobertura integral do parto e da respectiva internação, desde que a beneficiária gestante (titular ou dependente) já tenha cumprido prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias

b) caso a beneficiária gestante (titular ou dependente) ainda esteja cumprindo o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, deve ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas (excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral);

b.1) ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, cessará a cobertura e a OPERADORA providenciará a remoção da beneficiária.

b.2) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária, exclusivamente, SEM participação da OPERADORA.

• QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO E MENOR DE 12 ANOS, FILHO NATURAL OU ADOTIVO OU SOB GUARDA OU TUTELA.

1. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário (pai ou mãe) de plano de saúde hospitalar com obstetria, em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independentemente de o parto ter sido coberto pela Operadora.

2. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetria pelo responsável legal, beneficiário do plano, em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

3. Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, quando do parto, não haverá carência para o recém-nascido. Caso contrário, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário

5. É assegurada a inscrição do menor de 12 anos, adotado pelo beneficiário ou sob guarda ou tutela deste, ou que tenha sua paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente, em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, tutela ou reconhecimento de paternidade, aproveitando os prazos de carência já cumpridos

pelo beneficiário.

6. Não é cabível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito em plano privado hospitalar com obstetrícia nos primeiros trinta dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário (pai ou mãe);
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário

7. Na hipótese de menor de 12 anos, contam-se os trinta dias da data da guarda, tutela, adoção ou do reconhecimento de paternidade, independentemente do tipo de segmentação contratada.

TÍTULO VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 33. Em razão do plano coletivo por adesão não se aplicará período de carência, desde que o beneficiário ingresse no Plano em até trinta dias da celebração do presente.

§ Único - A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento do período de carência, desde que o beneficiário tenha se vinculado à pessoa jurídica CONTRATANTE, após trinta dias contados da celebração do presente e a proposta de adesão seja formalizada em até trinta dias da data de aniversário do contrato.

Art. 34. A CONTRATANTE deve registrar a existência de doenças e lesões pré-existentes como sendo àquelas que a CONTRATANTE tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

§1º. A informação será prestada, através de declaração de saúde, cujo formulário está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada no momento da assinatura do contrato.

§2º. A omissão de informação pela CONTRATANTE sobre a existência de doença ou lesão pré-existente da qual a CONTRATANTE saiba ser portador no momento da admissão no plano de assistência médica, pode acarretar a suspensão ou rescisão do contrato. Nesse caso a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão pré-existente omitida.

§3º. É condição prévia para a inclusão da CONTRATANTE a apresentação da declaração a que se refere o parágrafo 1º.

§4º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da CONTRATADA, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da CONTRATANTE.

§5º. O valor correspondente ao agravamento será previamente informado a CONTRATANTE.

§6º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o BENEFICIÁRIO, ao critério da CONTRATADA, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 35. Caracteriza-se como urgência a situação resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e como emergência as que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 36. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que implicam risco de vida ou em danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

- a) Fica assegurada:
- b) a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para as urgências e emergências, visando preservar a vida e evitar lesões irreparáveis ao paciente (artigo 5º, da Resolução CONSU n.º 13);
- c) cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU n.º 13/1998);
- d) cobertura para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

- e) atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da resolução CONSU n.º 13/1998);

Art. 37. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, dentro da abrangência geográfica do contrato, nos casos exclusivos de urgência ou emergência.

Art. 38. O reembolso de que trata o Artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de recebimento pela CONTRATADA, pelo IPC/FIPE - SAÚDE, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 39. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 40. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

Art. 41. A remoção, que sempre será inter-hospitalar (entre hospitais e não casa-hospital), ocorrerá na área de abrangência do contrato, quando, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, ficar caracterizado pelo

médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

§ 1º. - No caso de necessidade de internação ou ultrapassado o prazo de 12 horas regulamentares já referido, ou ainda na necessidade de intervenção não coberta, desde que necessária para a continuidade do tratamento e sendo interesse do BENEFICIÁRIO, será de obrigação da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública (SUS), ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato, ficando, nesse caso, as despesas de internação a cargo do BENEFICIÁRIO.

§ 2º. - Assegura-se, ainda, remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no artigo 7º e seus parágrafos, da Resolução CONSU nº 13/1998.

TÍTULO IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 42. Não haverá livre acesso a prestadores não credenciados ou médicos não cooperados da UNIMED SÃO CARLOS, excetuando-se apenas os casos de reembolso, nos termos do art. 12, VI, da Lei 9.656/98.

§ 1º O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos descritos nas alíneas “a” à “e” do artigo 39 acima.

§ 2º A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 43. O presente contrato abrange o atendimento em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA e os BENEFICIÁRIOS farão jus, a coberturas básicas previstas nas cláusulas e itens deste contrato.

Art. 44. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da UNIMED SÃO CARLOS, nos consultórios dos últimos no horário normal de suas clínicas;
- b) Atendimentos Clínicos, Cirúrgicos e Ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados da UNIMED SÃO CARLOS;
- c) Exames Complementares e Serviços Auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada da UNIMED SÃO CARLOS, mediante solicitação do médico cooperado assistente.

Art. 45. Não haverá atendimento fora da área geográfica do contrato.

Art. 46. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

Art. 47. A CONTRATADA expedirá ao CONTRATANTE um "GUIA DE SERVIÇOS MÉDICOS", onde constarão a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o Beneficiário, ao utilizar-se dos serviços confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados da rede contratada e/ou credenciada.

Art. 48. Fica convencionando que no ato da assinatura do presente contrato todos os beneficiários titulares incluídos receberão o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Art. 49. Faculta-se à CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços médicos e serviços hospitalares e substituição dos prestadores por outros equivalentes, mediante comunicação aos CONTRATANTES e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude e infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§1º - Nos casos de BENEFICIÁRIOS internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar a critério médico.

§2º - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS (Agência Nacional Saúde Suplementar) autorização expressa para tal, informando o nome da entidade a ser excluída, capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão, justificativa para redução observando a obrigatoriedade de manter a cobertura contratual com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o CONTRATANTE.

Art. 50. Nos casos de transtornos psiquiátricos são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Art. 51. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, na forma da lei, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo SISTEMA para melhor atendimento dos beneficiários.

Art. 52. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

§1º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e suas consequências.

Art. 53. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

Art. 54. O CONTRATANTE no extravio do Cartão de Identificação de Beneficiário para fins de obtenção de 2ª via, comunicará imediatamente o fato a CONTRATADA e arcará com despesa no valor de R\$ 10,00, referente a extração do mesmo.

Art. 55. Serão cobrados da CONTRATANTE valores ou percentuais a título de coparticipação, conforme definidos na Proposta de Admissão e nos termos da legislação vigente e especificados abaixo:

EVENTOS	COPARTICIPAÇÃO (em % e R\$)
Consultas	R\$25,00 por Consulta
Exames básicos complementares	R\$3,50 por Exame
Exames especiais	30% por Exame Limitado a R\$70,00
Fisioterapia	R\$15,00 por Sessão
Internações clínica, cirúrgica e obstétrica	R\$70,00 por evento
Internações Psiquiátricas (transtornos psiquiátricos)	50% a partir do 31º dia
Internações Psiquiátricas (intoxicação ou abstinência por dependência química).	50% a partir do 16º dia
Terapia Ocupacional/Nutrição	R\$30,00 por Sessão
Fonoaudiólogos	R\$30,00 por Sessão
Psicólogos	R\$30,00 por Sessão
Acupuntura	R\$25,00 por Sessão

* Os percentuais de coparticipação incidirão sobre o preço então praticado pela UNIMED SÃO CARLOS junto ao respectivo prestador.

TÍTULO XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 56. A formação de preço é pré-estabelecida, na qual o valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela CONTRATANTE antes da utilização das coberturas contratadas. Sua composição foi estabelecida pelo cálculo atuarial estabelecido entre o custo médico médio dos BENEFICIÁRIOS, o custo administrativo do plano e o custo operacional geral das atividades da UNIMED SÃO CARLOS.

Art. 57. Obriga-se a CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA, por cada BENEFICIÁRIO inscrito neste contrato o valor de R\$20,00 (vinte reais) no ato da assinatura deste contrato, referente a taxa de inscrição.

Art. 58. A primeira mensalidade será paga no ato, ficando a CONTRATANTE obrigada, da mesma forma, a pagar mensalmente para cada BENEFICIÁRIO, de forma antecipada à CONTRATADA, até o 10º (décimo) dia de cada mês, através de fatura, a mensalidade fixada conforme valores abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PLANO - "E" (Quarto coletivo)
00 a 18 anos	R\$ 71,75
19 a 23 anos	R\$ 79,03
24 a 28 anos	R\$ 104,52
29 a 33 anos	R\$ 131,40
34 a 38 anos	R\$ 142,05
39 a 43 anos	R\$ 142,80
44 a 48 anos	R\$ 177,96
49 a 53 anos	R\$ 214,44
54 a 58 anos	R\$ 276,47
59 anos ou mais	R\$ 348,83

Art. 59. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito. Havendo a mudança de faixa etária, o preço será alterado automaticamente, de acordo com o estipulado na cláusula anterior.

Art. 60. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Art. 61. A CONTRATANTE reconhece que os valores das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a CONTRATADA proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

TÍTULO XII – REAJUSTE

Art. 62. Em atenção ao disposto na RN nº 309 de 2012, os contratos de planos privados de assistência à saúde, coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro do ano de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656 de 1998, com até 30 (trinta) beneficiários, serão agrupados para o cálculo de reajuste anual e sua aplicação se dará na data de aniversário do contrato ou assinatura do mesmo.

Parágrafo Primeiro - O valor do percentual de reajuste, calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação, percentual de reajuste

Parágrafo Segundo - Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC-FIPE-Saúde

(Índice de Preços ao Consumidor), na data de aniversário contratual e na sua falta por outro índice que venha a substituí-lo, visando o equilíbrio financeiro do plano em vigor.

Parágrafo Terceiro - Caso seja verificado o desequilíbrio técnico e atuarial do contrato, este será reavaliado conforme abaixo.

Parágrafo Quarto - Visando o equilíbrio técnico atuarial do contrato em vigor, será apurada a cada 12 (doze) meses a sinistralidade acumulada no período do grupamento de contratos com até 30 vidas, conforme discriminado abaixo e sendo esta superior a 75%, o índice apurado no cálculo atuarial será aplicado nos contratos do grupamento na busca do retorno do equilíbrio técnico atuarial do mesmo:

$$R = \frac{S + z_{\gamma} \cdot \frac{\sigma_S}{\sqrt{n}}}{S_m} - 1$$

Onde:

R - Corresponde ao reajuste técnico = (sinistralidade apurada + margem de segurança / Sinistralidade meta (75%) - 1

S - Corresponde a sinistralidade do período (12 meses) = (total de despesas assistenciais – total de coparticipação / total de contraprestações)

$z_{\gamma} \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança γ

σ_S = desvio padrão da Sinistralidade dos contratos do agrupamento

n = número de meses observados

S_m - Corresponde a meta de 75% (setenta e cinco por cento) de sinistralidade.

Parágrafo quinto: Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2 acima, reajuste financeiro, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

O reajuste total a ser aplicado no contrato será calculado conforme abaixo:

$$R = (1 + R_{\text{Tecnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

Parágrafo Sexto - Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

Parágrafo Sétimo - Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete a informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato.

Parágrafo Oitavo - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

Parágrafo Nono - A quantidade de vidas será apurada na data do aniversário do contrato para fins de reajuste do agrupamento ao grupo de contratos coletivos. O contrato poderá sair do agrupamento para fins de reajuste caso a quantidade de vidas sofra aumento no momento da apuração das vidas no seu aniversário.

Art. 63. Os demais contratos, os quais não fazem parte do agrupamento terão seu reajuste conforme as regras abaixo definidas.

Parágrafo primeiro - A aplicação do reajuste financeiro, garantido pela legislação em vigor, será feita anualmente, aplicando-se automaticamente o índice do IPC-FIPE-Saúde (Índice de Preços ao Consumidor) na data de aniversário contratual e na sua falta por outro índice que venha a substituí-lo, visando o equilíbrio financeiro do plano em vigor.

Parágrafo segundo - Caso seja verificado o desequilíbrio técnico e atuarial do contrato, este será reavaliado conforme abaixo.

Parágrafo terceiro - Visando o equilíbrio técnico atuarial do contrato em vigor, será apurada a cada 12 (doze) meses a sinistralidade acumulada no período, conforme discriminado abaixo e sendo esta superior a 75%, o índice apurado no cálculo atuarial será aplicado no contrato na busca do retorno do equilíbrio técnico atuarial do mesmo:

$$R = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde:

R - Corresponde ao reajuste técnico = (sinistralidade apurada / índice ideal (75%) - 1

S - Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses) = (total de despesas assistenciais – total de coparticipação / total de contraprestações)

S_m - Corresponde a meta de 75% (setenta e cinco por cento) de sinistralidade.

Parágrafo quarto: Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2 acima, reajuste financeiro, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

O reajuste total a ser aplicado no contrato será calculado conforme abaixo:

$$R = (1 + R_{\text{Tecnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

Parágrafo quinto. As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito, ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas no mês subsequente ao de seu aniversário.

Parágrafo Sexto. Acaso haja desequilíbrio econômico-financeiro que onere demasiadamente apenas uma das partes, esta poderá denunciar o presente pacto, mediante prévio aviso de 60 dias ou protestar pela readequação econômica da relação.

Parágrafo Sétimo. As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada BENEFICIÁRIO inscrito, ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas no mês subsequente ao de seu aniversário.

Parágrafo Oitavo. Acaso haja desequilíbrio econômico-financeiro que onere demasiadamente apenas uma das partes, esta poderá denunciar o presente pacto, mediante prévio aviso de 60 dias ou protestar pela readequação econômica da relação.

TÍTULO XIII – FAIXAS ETÁRIAS

Art. 64. Para fins deste contrato ficam fixadas as faixas etárias descritas no item a seguir:

TABELA DE FAIXA ETÁRIA E VARIAÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA	
Faixas Etárias	Variação Percentual (%)
00 – 18	-
19 – 23	0%
24 – 28	0%
29 – 33	0%
34 – 38	0%
39 – 43	0%
44 – 48	0%
49 – 53	0%
54 – 58	0%
59 ou mais	0%

§ 1º. - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela operadora, observando-se as seguintes condições:

- I) o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

§ 2º. - Os preços praticados estão estabelecidos na Proposta de Admissão, que faz parte integrante do presente instrumento e ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês subsequente ao de aniversário do beneficiário.

TÍTULO XIV - BÔNUS – DESCONTO

Art. 65. É vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços.

Art. 66. É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitadas em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor

TÍTULO XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 67 - O beneficiário será excluído do contrato, mediante prévia comunicação, quando:

- I - Por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.
- II - Perder o vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica CONTRATANTE.
- III - Perder a relação de dependência com o titular, no caso de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.
- IV - Fraude comprovada cometida pelo beneficiário, a saber:
 - a) Utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o beneficiário, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos;
 - b) Omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no respectivo processo administrativo.

Art. 68. A exclusão de o BENEFICIÁRIO TITULAR cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, após a pertinente notificação.

Parágrafo único. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como BENEFICIÁRIO dependente, com aproveitamento de carências, mas o valor do plano será baseado em tabela vigente a época.

TÍTULO XVI – RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 69. A UNIMED SÃO CARLOS poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, se, uma vez notificada, a CONTRATANTE não sanar, em 05 (cinco) dias, a respectiva inadimplência.

Parágrafo Primeiro. O não cumprimento da obrigação financeira tocante à CONTRATANTE pode ensejar, por outro lado, a imediata suspensão das obrigações da CONTRATADA, se cumprida a exigência notifiatória.

Parágrafo Segundo. Este contrato também poderá ser rescindido, em qualquer época, nas seguintes hipóteses:

- a) Qualquer ato ilícito ou fraude praticada pelos BENEFICIÁRIOS, na utilização do objeto deste contrato;
- b) Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;
- c) Não concordância por parte da CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;

Parágrafo Terceiro. A critério da UNIMED SÃO CARLOS, em substituição à rescisão do contrato, poder-se-á optar, mediante prévio aviso a CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito ou abuso, caso se trate de dependente.

Parágrafo Quarto. A rescisão dentro do período mínimo de vigência (12 meses) facultará a UNIMED SÃO CARLOS cobrar da CONTRATANTE multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades remanescentes deste período mínimo.

Parágrafo Quinto. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se que:

- a) a responsabilidade da UNIMED SÃO CARLOS quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta da CONTRATANTE;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS.

Parágrafo Sexto. Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

TÍTULO XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 70. Este contrato prevê cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO ou de seu dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto. Decorrido este prazo a inclusão se processará de acordo com o especificado no Título II.

Art. 71. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza exigida pelo Artigo 54º, § 3º, do Código de Defesa do Consumidor, que a responsabilidade da

CONTRATADA limita-se à relação de serviços enumerados neste contrato.

Art. 72. A responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

Art. 73. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da CONTRATADA, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com hospitais, instituições contratadas ou médicos filiados ou não a ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

Art. 74. O presente contrato poderá sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados pelas partes.

Art. 75. Integram este contrato para todos os fins de direito, os aditivos contratuais adicionais, a proposta de admissão e demais anexos aceitos pelos CONTRATANTES.

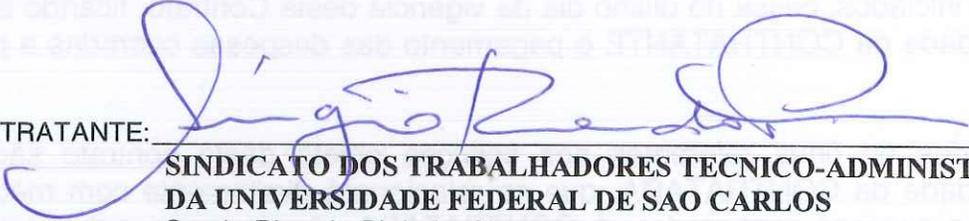
TÍTULO XVIII – DO FORO

Art. 76. Fica eleito o Foro da Comarca da CONTRATANTE para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

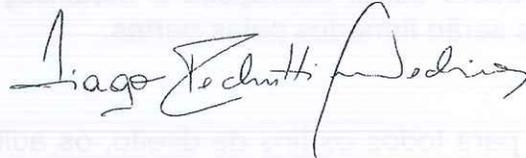
E, por assim estarem justas e contratadas, assinam este Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas.

São Carlos, 01 de janeiro de 2016.

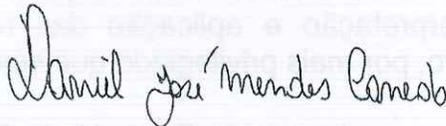
CONTRATANTE:


**SINDICATO DOS TRABALHADORES TECNICO-ADMINISTRATIVOS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO CARLOS**

Sergio Ricardo Pinheiro Nunes
CPF nº 178.756.138-09
RG nº 22.745.485-6



CONTRATADA: UNIMED SÃO CARLOS – COOP TRAB. MÉDICO
Dr. Tiago Pechutti Medeiros
Diretor Presidente



Dr. Daniel José M. Canedo
Diretor Superintendente

TESTEMUNHAS: _____