



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T (16) 2107-7333



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM OBSTETRÍCIA

COLETIVO POR ADESÃO – CONTRATO Nº 015. 7499

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

I - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA:

Razão Social	UNIMED São Carlos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ nº	45.359.213/0001-42
Endereço	Rua Vicente Pelicano, 945 – Bairro Azulville – CEP.: 13.571-000, 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 (7499)	
CNPJ/ Inscr. Estadual	49.161.821/0001-07	Isento
Endereço (Av./Rua/CEP)	Rod. Washington Luiz, km 235 – s/nº – Jardim Guanabara – CEP: 13.565-800	
Cidade/UF	São Carlos/SP	Fone: (16) 3351-8393 / 3361-7014 E-mail: planosdesaude@sintufscar.org.br

As partes celebram o presente **CONTRATO** com as seguintes características do produto contratado:

1. Características do produto contratado:

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO CONTRATADO	
NOME DO PLANO	UNICLASS PART FÁCIL
Nº REGISTRO ANS	483.745/19-2
TIPO DE CONTRATAÇÃO	COLETIVO ADESAO
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COLETIVA
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULÁTORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	GRUPO DE MUNICIPIOS
FATOR MODERADOR	COPARTICIPAÇÃO
CARACTERÍSTICAS	NUCLEO DIRIGIDO

1.1. Cidades de abrangência: São Carlos, Descalvado, Ibaté, Ribeirão Bonito e Dourado

2. Contraprestação Pecuniárias

2.1. Das Variações e Valores Mensais das Contraprestação por faixa etária:

TABELA DE FAIXA ETÁRIA E VARIAÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA		
FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO PERCENTUAL (%)	VALORES DA CONTRAPRESTAÇÃO R\$
0 (zero) a 18 (dezoito) anos	-	R\$ 61,71
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	10,15 %	R\$ 67,97
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	32,23 %	R\$ 89,88
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	25,73 %	R\$ 113,00
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	8,10 %	R\$ 122,16
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	0,53 %	R\$ 122,80
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	24,61 %	R\$ 153,02
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	20,50 %	R\$ 184,38
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	28,93 %	R\$ 237,72
59 (cinquenta e nove) anos	26,17 %	R\$ 299,95



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



3. Taxas

- a. Será cobrado o valor da taxa de emissão de segunda via do cartão do beneficiário, conforme previsto no art. 58 do contrato, que será de R\$ 10,00
- b. Será isento nos primeiros 90 dias de vigência, o valor da taxa de inscrição do beneficiário, previsto no art. 68 do contrato, sendo que, passado tal período o valor será de R\$ 20,00

4. Coparticipações

DESPESA ASSISTENCIAL	COPARTICIPAÇÃO (Em R\$)
Consultas no Núcleo Dirigido	R\$ 35,00 (trinta e cinco reais), a partir da 5ª consulta no ano
Consultas em Consultório Especialista	R\$ 35,00 (trinta e cinco reais)
Consultas e Atendimentos em Pronto Socorro	R\$ 40,00 (quarenta reais)
Exames Básicos	R\$ 6,00 (seis reais) por exame
Exames Especiais	30% Limitado a R\$ 80,00 (oitenta reais) por exame
Internação Clínica/Cirúrgica/Obstétrica (coletivo)	R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento
Internação Clínica/Cirúrgica/Obstétrica (individual)	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por evento
Internação Psiquiátrica	50% (cinquenta por cento) a partir do 31º dia
Fisioterapia	R\$15,00 (quinze reais) por sessão
Terapia Ocupacional (*)	R\$25,00 (vinte e cinco reais) por sessão
Psicoterapia	R\$35,00 (trinta e cinco reais) por sessão
Acupuntura	R\$ 30,00 (trinta reais) por sessão

5. Forma de reajuste estabelecidos no presente CONTRATO:

5.1. Reajuste por Mudança de Faixa Etária da Contraprestação Pecuniária Mensal

Parágrafo Único O índice de reajuste por mudança de faixa etária é definido de acordo com alteração de idade do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser obedecidas 10 (dez) faixas etárias estipuladas pelo contrato, ficando previsto que o valor da última faixa etária 59 (cinquenta e nove anos ou mais) não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (0 zero a 18 dezoito anos) e também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa. O índice de variação de cada faixa etária consta de tabela prevista em contrato.

5.2. Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal:

- I. O reajuste financeiro da contraprestação pecuniária será aplicado anualmente e de forma automática, no aniversário do contrato, utilizando-se por base o IPC-FIPE-Saúde, independentemente do Reajuste Técnico e do Reajuste por Mudança de Faixa Etária.

II.

III. A UNIMED São Carlos comunicará a ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste financeiro.

IV. Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva ou negativa na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do contrato.

5.3. Reajuste Técnico da Contraprestação Pecuniária Mensal:

5.3.1. Para contratos com 30 (trinta) ou mais BENEFICIÁRIOS:

I. Independentemente e além do disposto nas Cláusulas de Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal e Reajuste por Mudança de Faixa Etária, a contraprestação pecuniária mensal será calculada em função do índice de sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato.

II. O índice de reajuste será calculado em função do índice de sinistralidade, sendo aplicado de forma complementar e na mesma data do Reajuste Financeiro, e por faixa etária de acordo com a fórmula abaixo descrita, sendo ignorados para o período de cálculo os 3 (três) primeiros meses de vigência do Contrato.

$$R \text{ Contrato} = M * (1 + I) * (1 + Rs)$$

Onde:

- R - Reajuste calculado
- M - Mensalidade
- I - Índice de inflação; e
- Rs - Reajuste por sinistralidade

Para o cálculo do percentual do reajuste de sinistralidade é utilizada a seguinte equação:

$$Rs = \left(\frac{S}{Sm} \right) - 1$$

Onde:

- RS - Reajuste por sinistralidade
- S - Sinistralidade apurada na carteira de contratos com menos de 30 (trinta) vidas; e
- Sm - Meta de sinistralidade da carteira de 70% (setenta por cento).

III. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

IV. A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE o percentual (%) de reajuste técnico, com antecedência 30 (trinta) dias da efetiva cobrança, apresentando o Estudo Atuarial representativo do período de utilização, considerando para apuração as informações de 60 (sessenta) dias que antecedem o reajuste.

- V. As contraprestações pecuniárias recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas pela **CONTRATANTE**. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.
- VI. O índice de sinistralidade, para efeito da revisão da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão do total da Despesa Assistencial (Despesas de Eventos Assistenciais + Despesas de Eventos SUS + Reembolso + Coparticipação + PEONA + Despesas decorrentes de Decisões Judiciais verificada no período de apuração pelo total da Contraprestação Pecuniária Líquida cobrada durante o mesmo período + Tratamentos/Procedimentos e OPME's não cobertos pelo contrato e pelo Rol de Procedimentos da ANS.
- VII. As partes poderão de comum acordo e após a apuração dos índices de reajuste do contrato, e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula acima descrita, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.
- VIII. A **CONTRATADA** comunicará a ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste por sinistralidade.
- IX. Mensalmente, a **CONTRATADA** enviará à **CONTRATANTE**, para ciência e acompanhamento, relatório de sinistralidade dos últimos 12 (doze) meses, podendo, a critério desta nomear e habilitar um profissional médico, mediante assinatura de termo de sigilo médico, para avaliação da documentação referente aos custos assistenciais. A ausência de questionamentos dos dados e informações por parte da **CONTRATANTE**, equivalerá à concordância em relação aos índices apontados.
- 5.3.2. Para contratos com até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS**- Do Agrupamento de Contratos - Regras para Aplicação de Reajuste Único:
- I. Em razão do disposto na RN nº 309/2012 da ANS, ficam estabelecidas as seguintes regras para aplicação de reajuste único para Pessoas Jurídicas pertencentes ao agrupamento de contratos;
- II. Participarão do Agrupamento todos os contratos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, para efeito de apuração de um único índice de reajuste a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes ao agrupamento;
- III. A apuração do Índice de Reajuste Único considera o período de março a fevereiro de cada ano e será aplicado na data de aniversário do contrato;
- IV. A apuração da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** por contrato levará em consideração todos os produtos a ele vinculados, para efeito de enquadramento na RN 309 da ANS;
- V. A aplicação do Índice de Reajuste Único para as Pessoas Jurídicas integrantes do agrupamento ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste, considerando como base de cálculo as informações de 60 (sessenta) dias que antecedem;

VI. Para as Pessoas Jurídicas integrantes do agrupamento, deixam de ser aplicadas as cláusulas de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico das Contraprestações Pecuniárias, as quais serão substituídas conforme descrito abaixo:

VII. O Reajuste Financeiro será o Índice de Preços ao Consumidor (IPC-FIPE-Saúde).

VIII. O Índice de Reajuste Único (RN 309) será apurado, conforme fórmula descrita a seguir:

$$RN\ 309 = [(1 + IPC - FIPE - Saúde) \times (1 + IES) - 1] \times 100$$

IX. Índice de Excesso de Sinistralidade será apurado pela seguinte expressão:

$$IES = \begin{cases} Se: D \div R \geq 70\% \text{ então } (D \div 0,70 * R) - 1 \\ Se: D \div R < 70\% \text{ então } 0 \text{ (zero)} \end{cases}$$

Onde:

- *D* - Total de Despesas Assistenciais referentes aos contratos integrantes do agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses;
- *R* - Total de Contraprestações Pecuniárias recebidas no mesmo período em que *D* foi apurada, referente aos contratos integrantes do agrupamento;
- 0,70 - Percentual Máximo de Despesa Assistencial previsto para todos os contratos integrantes do agrupamento.

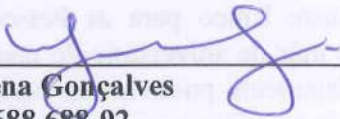
X. A aplicação do índice será comunicada à ANS nos termos da legislação vigente.

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 2.020

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

Responsável:


Vania Helena Gonçalves
CPF: 065.688.688-92
RG: 13.904.291





www.unimedsaocarlos.com.br
Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T. (16) 2107-7333



CONTRATADA: UNIMED SÃO CARLOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Dr. Daniel José Mendes Canedo
Diretor Presidente

Dr. Ivan Carlo M. Binjard
Diretor Superintendente

Testemunhas:

1. _____

Nome:

CPF:

2. Mirreia Bovi Comau

Nome: Mirreia Bovi Comau

CPF: 361765208-51



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T. (16) 2107-7333



CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, AMBULATORIAIS E HOSPITALARES COM OBSTETRÍCIA

COLETIVO POR ADESÃO

SUMÁRIO

TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	9
TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	13
TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	17
TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	24
TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO	26
TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA	26
TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	29
TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	30
TÍTULO IX - INEXISTÊNCIA DE ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	33
TÍTULO X - MECANISMO DE REGULAÇÃO	33
TÍTULO XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	36
TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS	37
TÍTULO XIII - REAJUSTE	38
TÍTULO XIV - BÔNUS - DESCONTO	41
TÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	42
TÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	42
TÍTULO XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO	43
TÍTULO XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS	44
TÍTULO XIX - DO FORO	44



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



Art. 1 Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, designadas neste instrumento simplesmente “**CONTRATADA**” e “**CONTRATANTE**”, respectivamente, resolvem celebrar este **CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, que se regerá pelos artigos e condições seguintes:

TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 2 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 nº 9.656/1998, visando a Assistência Médico-Hospitalar aqui estipulada, para todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos publicado pela ANS, vigente à época do evento, em consonância com a CID-10 da OMS, e com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Art. 3 O presente contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, em conformidade com a Lei nº 10.406/2002, que instituiu o Código Civil Brasileiro, estando sujeito também ao que preceituam as disposições insertas na Lei nº 9.656/1998, sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde complementada pelas normas expedidas pela ANS, e demais legislações aplicáveis a esta modalidade de contratação.

Parágrafo 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. 4 CONCEITOS: Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- 1. ACIDENTE DE TRABALHO:** É aquele que ocorre durante a jornada de trabalho ou durante o trajeto de ida entre a moradia e o trabalho conforme definido e previsto na legislação vigente.
- 2. 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.
- 3. AGRAVO:** Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano contratado de assistência à saúde, para que o **BENEFICIÁRIO** tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA** para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições entre a **CONTRATADA** e a Empresa **CONTRATANTE**.
- 4. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** medida que tem por finalidade promover a distribuição para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.
- 5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é o que abrange o atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços, como unidade de

terapia intensiva e similares, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

6. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:** É a pessoa física que pertence ao grupo familiar do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, que poderá ser inscrito no plano, desde que haja previsão contratual, respeitando-se o disposto na RN nº 195/2009, e posteriores alterações, se houver.
7. **BENEFICIÁRIO TITULAR:** É a pessoa física que demonstre vínculo empregatício ou estatutário com a **EMPRESA CONTRATANTE** ou ainda um dos vínculos citados na RN nº 195/2009, e posteriores alterações, se houver, desde que previsto contratualmente.
8. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo que considera modelo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, idade do **BENEFICIÁRIO**, produto contratado, segmentação assistencial, modalidade de contratação, padrão de acomodação e abrangência geográfica incluindo as peculiaridades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o recálculo das contraprestações pecuniárias.
9. **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir da data de confirmação adesão do **BENEFICIÁRIO** ao contrato, durante o qual os **BENEFICIÁRIOS** não têm direito às coberturas **CONTRATADAS**.
10. **CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO:** Documento padronizado pela ANS, que visa orientar o **BENEFICIÁRIO** sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura da **PROPOSTA/CONTRATO**.
11. **CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:** Instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao **BENEFICIÁRIO**, por meio de um número nacional de identificação que deve ser apresentado à **CONTRATADA**, em cumprimento ao disposto na RN nº 250/2011 revogada pela RN nº 295/2012, e posteriores alterações se houver juntamente com os demais documentos pessoais para efetivação do cadastro.
12. **CHECK-UP:** assim definido como conjunto de avaliações clínicas e laboratoriais sem finalidade de diagnóstico ou tratamento
13. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** Corresponde a uma restrição na cobertura do plano de saúde, que pode ser imputada pelas **CONTRATADAS** no caso de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP). Ela pode durar no máximo 24 (vinte e quatro) meses a partir da assinatura ou adesão contratual e só pode abranger cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimento de alta complexidade (PAC) diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal.
14. **COBERTURA:** compreende os procedimentos estabelecidos nas cláusulas contratuais e tão somente aqueles procedimentos que constam no Rol de Procedimentos publicado pela ANS, aplicando-se também os fatores limitadores constantes das Diretrizes Complementares também publicadas pela ANS.
15. **COLETIVO POR ADESÃO:** Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação profissional, setorial ou classista.

16. **COPARTICIPAÇÃO:** é o montante correspondente à utilização do **BENEFICIÁRIO** nos procedimentos realizados, nos termos definidos pela Proposta de Contratação, seja em termos percentuais e/ou valores monetários, cujo valor a **CONTRATANTE** se obriga a pagar à **CONTRATADA**.
17. **DECLARAÇÃO DE SAÚDE:** é o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo **BENEFICIÁRIO**, sem rasuras, contendo informações sobre suas condições de saúde, bem como as de seus dependentes.
18. **DESPESAS ASSISTENCIAIS:** são as despesas decorrentes da assistência médica, ambulatorial ou hospitalar com garantia de cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, objeto do **CONTRATO**.
19. **DOENÇAS OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP):** são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da adesão ao plano de assistência à saúde objeto do presente instrumento.
20. **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
21. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizado em declaração do médico assistente, aplicando-se os conceitos tratados pela Resolução 1.451/1995 do Conselho Federal de Medicina e artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998 ou outras normas que vierem a substituí-las.
22. **GUIA MÉDICO:** contém as informações ao **BENEFICIÁRIO** para utilização do plano privado de assistência à saúde da **CONTRATADA** bem com acesso aos profissionais cooperados e aos serviços próprios e/ou credenciados.
23. **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA:** é aquele que possui TABELA PRÓPRIA DE PREÇOS para os procedimentos, taxas e outros, não se sujeitando a outra Tabela de Preços de Terceiros.
24. **INSCRIÇÃO:** é o ato de incluir um **BENEFICIÁRIO** com as informações previstas da RN nº 295/2012 no plano privado de assistência à saúde, desde que contempladas as condições de elegibilidade previstas no **CONTRATO** bem como nas normas aplicáveis da ANS.
25. **INTERCÂMBIO:** é o relacionamento entre as UNIMED's que gera interações operacionais, regulamentado pelo Manual de Intercâmbio Nacional para a prestação de Serviços Médicos e Hospitalares aos **BENEFICIÁRIOS** de uma UNIMED para OUTRA.
26. **MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DOMICILIAR:** São aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de preparação, intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo às unidades de saúde (hospitais, clínicas e urgência e emergência).
27. **MENSALIDADE:** é o valor da contraprestação pecuniária a ser pago mensalmente à **CONTRATADA**, em face das coberturas previstas no contrato.

28. **ÓRTESE:** É entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
29. **PARTO A TERMO:** É aquele ocorrido em gravidez com evolução maior que 37 (trinta e sete) semanas completas.
30. **PORTAL EMPRESA:** Ferramenta disponibilizada pela **CONTRATADA** para a **CONTRATANTE** realizar a movimentação cadastral dos seus **BENEFICIÁRIOS**.
31. **PRODUTO:** é um conjunto de características que envolvem a escolha da abrangência geográfica, segmentação assistencial, padrão de acomodação, valores de coparticipação e a distribuição dos valores e respectiva variação em percentual por faixa etária da contraprestação pecuniária.
32. **PRONTO ATENDIMENTO:** é o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.
33. **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.
34. **SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATADA**, para atendimento.
35. **SISTEMA UNIMED:** é constituído por todas as UNIMED's do país e diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas, por meio de serviços desenvolvidos para agilizar e aperfeiçoar ainda mais o atendimento da **CONTRATADA**, sendo cada cooperativa única e exclusivamente responsável por seus próprios contratos e beneficiários.
36. **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 valores dos serviços de assistência à saúde, chamada de Tabela de Referência Unimed São Carlos, devidamente registrada em Cartório - Registro de Imóveis e Anexos de São Carlos, disponibilizada no sítio oficial da Unimed São Carlos na internet.
37. **UNIMED SÃO CARLOS:** é uma cooperativa de trabalho médico fundada em 16/05/1971 e regida pela Lei nº 5.764/1971 criada e dirigida por médicos cooperados.
38. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, aplicando-se os conceitos tratados pela Resolução nº 1451/1995 do Conselho Federal de Medicina e artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998 ou outras normas que vierem a substituí-las.
39. **NÚCLEO DIRIGIDO:** Os atendimentos específicos em regime ambulatorial terão o Núcleo de Especialidade como "porta de entrada" obrigatória, e se necessário, haverá encaminhamento prévio e devidamente documentado para outros serviços de nossa rede credenciada. Tal mecanismo de regulação não prevê o acesso direto a rede de prestadores e/ou cooperados sem que se apresente a avaliação ou encaminhado emitido pelo aludido Núcleo.



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5 O presente contrato estabelece cobertura assistencial da atenção prestada às pessoas físicas, vinculadas à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial da **CONTRATANTE** podendo ser estendido aos seus respectivos dependentes regularmente inscritos, nos termos previstos no presente contrato.

Art. 6 Estão incluídas no conceito de pessoa jurídica **CONTRATANTE**, de caráter profissional, classista ou setorial as seguintes pessoas jurídicas:

- 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;
- IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V. Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa – RN nº 195 da ANS;
- 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.

Art. 7 Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente incluídos através do **PORTAL EMPRESA** pela **CONTRATADA**, para os procedimentos, de acordo com as coberturas tratadas no presente instrumento.

Art. 8 São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** para efeito deste contrato as pessoas físicas vinculadas à **CONTRATANTE**, nos termos tratados pelo artigo 9 da RN nº 195/2009 ANS ou outra norma que venha a substituí-la, bem como seus respectivos dependentes legais, devidamente inscritos de acordo com disposições ora contratadas.

Art. 9 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) naturais ou adotivos solteiros (as) até 28 (vinte e oito) anos;
- c) Os (as) filhos (as) tutelados (as) e/ou curatelados (as), mediante comprovação de Termo de Tutela/Curatela Judicial, provisória ou definitiva;
- d) O enteado e os menores sob a guarda provisória ou definitiva por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



e) O (a) companheiro (a) que comprove união estável de acordo com os critérios estabelecidos neste instrumento, sem eventual concorrência com o cônjuge;

§ 1º A inclusão do grupo familiar dependerá da inscrição e manutenção do Titular no plano privado de assistência à saúde.

§ 2º Em caso de separação judicial/divórcio, o cônjuge não mais fará jus à manutenção do plano privado de assistência à saúde.

§ 3º Igualmente em caso de separação judicial/divórcio, havendo modificação da guarda e não mais pertencendo esta ao Titular do plano privado de assistência à saúde, o filho (a) e/ou enteado (a) não mais fará jus à manutenção do plano privado de assistência à saúde.

Art. 10 Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** deste plano privado de assistência à saúde, com todas as obrigações, responsabilidades e direitos, aqueles que cumprirem plenamente os requisitos de admissão previstos nesse contrato e fornecerem cópia dos seguintes documentos, que comprovarão a veracidade das informações prestadas.

- I. Cédula de Identidade Registro Geral (RG);
- II. Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- III. Comprovante de Residência;
- IV. Cópia do comprovante de vínculo profissional, classista ou setorial com a **CONTRATANTE**, para efeito de análise e validação de sua elegibilidade, de acordo com as normas da ANS;
- V. Cópia do comprovante de vínculo legal do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com o **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, nos termos deste contrato;
- VI. Cópia do CNS de todos os **BENEFICIÁRIOS**.

§ 1º A **CONTRATANTE** se obriga a fornecer na assinatura deste contrato de plano privado de assistência à saúde e, a qualquer momento, os documentos listados abaixo pela **CONTRATADA** que comprovem o grau de parentesco, bem como vínculo e caráter profissional e/ou classista além dos dados exigidos pelos órgãos governamentais competentes.

§ 2º A **CONTRATADA** poderá solicitar a qualquer momento todos os documentos atualizados.

§ 3º Em caso de inclusão de **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** decorrentes de União Estável, a fim de evitar fraudes nas inclusões, reconhecem as partes a adoção pela **CONTRATADA** dos mesmos critérios e documentos exigidos pelo INSS para a comprovação da convivência nos termos dos artigos 3º e 4º da IN nº 25/2000 do INSS/DC, que importa na apresentação de, no mínimo, 3 (três) dos seguintes documentos:

- I. Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;

- II. Disposições testamentárias;
- III. Declaração especial feita perante tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
- IV. Prova de mesmo domicílio;
- V. Prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- VI. Procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- VII. Conta bancária conjunta;
- VIII. Registro em associação de classe, onde conste o interessado como dependente do segurado;
- IX. Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- X. Apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- XI. Ficha de tratamento em instituição de assistência médica da qual conste o segurado como responsável;
- XII. Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome do dependente;
- XIII. Quaisquer outros documentos que possam, a critério da Cooperativa, levar à convicção do fato a comprovar.

§ 4º Para as hipóteses de apresentação dos documentos mencionados nos itens I, II ou III acima, a apresentação de apenas um destes se mostrará suficiente para comprovação da convivência;

§ 5º Sendo constadas divergências em relação às informações inicialmente fornecidas, a **CONTRATANTE** será responsável pelo pagamento integral de todos os atendimentos realizados aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos indevidamente, acrescidas as despesas administrativas.

§ 6º Independentemente do pagamento das despesas havidas com o atendimento indevido, a **CONTRATADA** poderá ainda providenciar a imediata exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, e seus respectivos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, motivada pela fraude nas informações fornecidas na contratação, sem prejuízo de outras sanções e providências reparadoras.

§ 7º O **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** que vier a perder a condição de dependência com o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, será excluído do plano, nos termos do presente contrato.

Art. 11 É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.
- II. Do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo adotante, desde que a inclusão se dê em até 30 dias da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.
- III. Do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão se dê em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

§ 1º O recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou aquele que tenha tido a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (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, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

§ 3º Caso o **BENEFICIÁRIO TITULAR**, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido, tutelado, adotado ou curatelado, será isento do cumprimento de carências para a cobertura assistencial. Caso não tenha cumprido o prazo máximo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial prestada ao recém-nascido, tutelado, adotado ou curatelado seguirá o limite de carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

§ 4º Caso o **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** perca a condição que ensejou a possibilidade de inclusão ao Plano de Saúde, por quaisquer motivos que sejam, inclusive decisões judiciais de toda espécie, este perderá o direito de manutenção da condição de beneficiário, sendo excluído do Plano de Saúde.

Art. 12 As inscrições no início da vigência do contrato deverão abranger a totalidade de **BENEFICIÁRIOS** previstos na negociação com a **CONTRATANTE**.

§ 1º A **CONTRATANTE** comunicará por escrito através do PORTAL EMPRESA as inclusões e exclusões até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, com vigência a partir do 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente.

§ 2º A **CONTRATANTE** utilizará o PORTAL EMPRESA conforme disponibilizado pela **CONTRATADA**, em seu site www.unimedsaocarlos.com.br, através de senha de acesso e login fornecidos de forma exclusiva, para realização de toda movimentação cadastral (inclusão, exclusão, alteração, segunda via do cartão), mediante previsto no parágrafo anterior.

§ 3º A **CONTRATANTE** se responsabiliza pelos dados inseridos no portal, bem como por anexar cópia dos documentos relacionados na contratação, comprovando a veracidade das informações prestadas, comprometendo-se a apresentar a **CONTRATADA**, cópias físicas de tais documentos, caso solicitado.

TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Art. 13 A COBERTURA compreende os seguintes atendimentos:

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas próprias ou credenciadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que as referidas consultas tenham como encaminhamento preliminar e obrigatório o Núcleo de Especialidades, restando, assim, impedido acesso direto à rede de prestadores e/ou cooperados, sem que se apresente, previamente, à avaliação ou encaminhamento do referido Núcleo.
- b) Nas consultas de rotina, o **BENEFICIÁRIO** será atendido pelo médico cooperado assistente, no horário agendado pelo Núcleo de Especialidades, de modo que as referidas consultas terão como encaminhamento preliminar e obrigatório, o referido Núcleo, restando, assim, impedido acesso direto a rede de prestadores e/ou cooperados, sem que se apresente, previamente, à avaliação ou encaminhamento do referido Núcleo. Tal avaliação e/ou encaminhamento, se fará também necessário nos casos de internações eletivas, no qual o referido núcleo, em conjunto com o médico assistente, definirão o local do evento, respeitando a rede de prestadores (própria ou credenciada), indicada para o plano contratado.
- c) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com as Diretrizes de Utilização, editadas pela ANS.
- d) Cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;
- e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.
- f) Cobertura para os seguintes procedimentos:
 - i. Hemodiálise e CAPD;
 - ii. Terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos

para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde;

- iii. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial mediante a indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;
 - iv. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - v. Hemoterapia ambulatorial;
 - vi. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos;
 - vii. Eventos em Saúde estabelecidos junto ao Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento.
- g) Cobertura das ações de planejamento familiar, sendo estas consideradas de acordo com as definições trazidas pela Resolução Normativa 192 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e listadas expressamente na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, exceto aqueles de uso domiciliar, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- i) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas preferencialmente as seguintes características:
- i. Medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que com este pretende ser intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela **Denominação Comum Brasileira (DCB)** ou, na sua ausência, pela **Denominação Comum Internacional (DCI)**, conforme definido pela Lei nº 9.787/1999); e
 - ii. Medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (ANVISA).
- j) O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência em leito hospitalar por até 12 (doze) horas, independentemente da acomodação contratada.

Parágrafo Único: Em caso de não comparecimento injustificado por parte dos **BENEFICIÁRIOS** do presente contrato às consultas médicas e demais procedimentos



www.unimedcarlos.com.br
Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



previamente agendados, sem a apresentação e comprovação da justificativa da falta, poderá a **CONTRATADA** cobrar os prejuízos referentes aos procedimentos não realizados da **CONTRATANTE**, comprometendo-se esta, a adotar as providências necessárias perante os beneficiários visando a evitar tais ocorrências.

Art. 14 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos de demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente/cooperados ou cirurgião – dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizado como internação e limitados aos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

§ 1º 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.

§ 2º O cirurgião-dentista poderá solicitar ou executar procedimentos vinculados aos de natureza odontológicas, desde que relacionados ao objeto do presente contrato e conforme exposto nos parágrafos seguintes:

§ 3º São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológicas todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e o estabelecimento do prognóstico odontológico, desde que a obrigatoriedade de cobertura esteja prevista pelo Rol de Procedimentos da ANS.

§ 4º Considerando que o Plano de Assistência à Saúde não inclui garantia de cobertura odontológica, os honorários profissionais do cirurgião dentista serão de responsabilidade, exclusiva, do **BENEFICIÁRIO**.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 15 A **CONTRATADA** assegura aos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** regularmente inscritos, exclusivamente dentro dos recursos próprios, contratados ou credenciados desta **CONTRATADA**, durante a internação clínica e/ou cirúrgica, **com acomodação compatível com o produto em que estiverem cadastrados**, os seguintes serviços hospitalares.

- a) Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas próprias ou credenciadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) Cobertura de 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;

- e) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, exclusivamente terrestre, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- f) Cobertura de despesas de 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências ou necessidades especiais;
- g) Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;
- h) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- i) A opção do **BENEFICIÁRIO** pela utilização de médico particular não pertencente à rede própria ou credenciada indicada para o plano contratado, implicará na responsabilidade integral e exclusiva do próprio **BENEFICIÁRIO** pelo pagamento dos honorários médicos e de toda equipe médica pertinente.
- j) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, listados no Rol de Eventos e Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
- k) A indicação dos materiais a serem utilizados nos procedimentos de natureza buco-maxilo-faciais deverão atender às normas/diretrizes do Conselho Federal de Odontologia, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- l) Os honorários dos profissionais buco-maxilo-faciais estão incluídos na cobertura do plano, desde que estes profissionais sejam credenciados pela rede prestadora da **CONTRATADA**.
- m) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, mediante a apresentação de relatório técnico fundamentado, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- o) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos que nas situações de imperativo clínico necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura do plano;

Art. 15 A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



assistente, produtos de toalete e higiene pessoal (toalhas, fraldas, sabonetes, etc.), refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes, despesas decorrentes de alteração do tipo de acomodação contratada, bem como despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados da **CONTRATADA** ou entidades não credenciadas por este e ainda serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

Parágrafo Único O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao prestador do atendimento.

Art. 16 As internações deverão ser autorizadas pela **CONTRATADA** mediante solicitação do médico assistente, sem limitação de prazo, independentemente da acomodação **CONTRATADA**.

Art. 17 Nas hipóteses de urgências ou emergências, o **BENEFICIÁRIO**, desde que tenha cumprido o prazo de 24 (vinte e quatro) 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 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, de acordo com a Lei nº 9.656/98.

§ 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 garantida, 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 do **BENEFICIÁRIO e/ou CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

§ 3º Reconhecem as partes contratantes a legalidade da Resolução 13 (treze) do CONSU, bem como a sua aplicação irrestrita aos casos de atendimento de urgência e emergência que venham a ser prestados aos **BENEFICIÁRIOS** desta contratação.

Art. 18 A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, que estejam causando problemas funcionais para o **BENEFICIÁRIO**.

Parágrafo Único Com relação as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes da realização de cirurgias de redução estomacal que acarretem a perda de massa corporal do **BENEFICIÁRIO**, reconhecem as partes que somente contam com cobertura pela presente contratação os procedimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Art. 19 Cobertura em cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrentes de tratamentos de câncer, conforme normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Art. 20 Os **BENEFICIÁRIOS** terão direito a garantia de cobertura para os transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, bem como às despesas com procedimentos a eles vinculados e a seguir discriminados.

§ 1º Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§ 3º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico da legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao SNT.

§ 4º É de competência privativa das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b) Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§ 5º Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluídos da garantia de cobertura os medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 21 Assegurada a garantia de cobertura hospitalar, que inclui os **PROCEDIMENTOS DE ANTICONCEPÇÃO** consistentes na Inserção do **DIU (hormonal ou não hormonal, com finalidade contraceptiva)** e nas cirurgias de **Vasectomia e Laqueadura Tubária**.

Parágrafo Único Para os procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia devem ser observados os seguintes requisitos:

- a) Capacidade civil;
- b) Idade superior a 25 (vinte e cinco) anos ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c) Prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- d) Em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges em documento escrito e firmado.



www.unimed-saocarlos.com.br
Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T (16) 2107-7333



Art. 22 Ficam asseguradas também as ações de planejamento familiar nas dimensões de concepção e anticoncepção envolvendo tão somente atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, conforme definido nas normas da ANS e suas atualizações vigentes à época do evento.

Parágrafo Único Reconhecem as partes contratantes a aplicabilidade à presente contratação dos conceitos e obrigações tratadas pela RN nº 192/2009 da ANS ou outra que venha a substituí-la, especialmente no que tange à **NÃO OBRIGATORIEDADE** de cobertura/custeio de todo e quaisquer procedimentos relacionados à inseminação artificial, fertilização in vitro, dentre outros relacionados à concepção artificial, bem como o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar.

NO CASO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, O PRESENTE CONTRATO COBRE:

Art. 23 Nos casos de transtornos psiquiátricos os **BENEFICIÁRIOS** terão garantia de cobertura para todas as doenças de acordo com a CID 10, respeitadas as condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como aquelas previstas nas DUT vigentes à época do evento, com as seguintes características:

- a) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- b) Cobertura obrigatória de Atendimento/Acompanhamento em hospital dia de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional. Essa cobertura será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as DUT estabelecidas pela ANS.
- c) Haverá cobrança de coparticipação quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, a cada 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- d) A coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre a **CONTRATADA** e o respectivo prestador de serviços de saúde.
- e) A cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- f) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano de contrato.

TRANSPORTE TERRESTRE

Art. 24 Tem por objeto garantir a **CONTRATANTE** e/ou demais **BENEFICIÁRIOS** direito a remoção inter-hospitalar exclusivamente por meio terrestre nos casos de urgência e emergência, de acordo com o especificado no Título VIII.

TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 25 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 e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- c) Atendimento em sistema de *home care*, internações e/ou assistência domiciliar;
- d) Custeio de despesas relativas a enfermagem particular e/ou cuidadores, bem como dos custos e materiais relacionados à higiene pessoal (toalhas, lençóis, sabonetes, materiais de limpeza, papel higiênico, fraldas, dentre outros com a mesma destinação) e alimentação dos **BENEFICIÁRIOS**;
- e) Fornecimentos de equipamentos hospitalares (cama hospitalar, colchões especiais, guincho para locomoção, disco rotatório rígido, cinto de transferência, cpap, bipap, aspirador cirúrgico, respiradores, oxigenadores, desfibriladores, dentre outros relacionados) fisioterapêuticos (macas, aspiradores, ambu, eletrodos, dentre outros relacionados), fonoaudiólogos, enfim, quaisquer tipos de equipamentos vinculados a todo e qualquer tipo de atendimento domiciliar;
- f) Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses importados, e seus acessórios ligados ou não ao ato cirúrgico;
- g) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, não contempladas pelas diretrizes da ANS;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais bem como academias de ginástica de todas as espécies, *personal trainer* e profissionais da área de educação física;
- i) Transplantes, à exceção daqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- j) Exames admissionais, demissionais e periódicos, relativos à medicina ocupacional;
- k) Vacinas;
- l) Medicamentos importados, bem como aqueles para utilização *off label*, medicamentos desprovidos de registro na ANVISA e não regularizados/comercializados em Território Nacional;
- m) Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;

- n) Medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais e demais constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
- o) Tratamentos de natureza educacional e pedagógica, equoterapia, hidroterapia, musicoterapia, Peditasuit, Cuevas Medek, Kabat, entre outros da mesma espécie / finalidade, exceto se previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
- p) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Cirurgias plásticas, exceto a cirurgia plástica reparadora que terá cobertura contratual quando efetuada para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais 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;
- r) Check-up: independentemente do tipo de contratação vigente
- s) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas de concepção artificial;
- t) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é, aquele que: emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- u) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- v) Cirurgias para mudança de sexo.
- w) Estão excluídos da cobertura contratual os seguintes hospitais:

Cidade de São Paulo: Albert Einstein, 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 PRÓ MATRE, Hospital e Maternidade São Luiz (todas as Unidades), Hospital Edmundo Vasconcelos, Hospital Samaritano, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Pronto Socorro Infantil Sabará, Grupo Bandeirantes (Hospital Bandeirantes e Lefort) e Hospital São Camilo (todas as Unidades) e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria;

Cidade do Rio de Janeiro: 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, Pro Cardíaco e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria;

Brasília: Casa de Saúde Santa Lúcia, Hospital Israelita (Albert Sabin), Hospital São Lucas, Prontocor e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria;

Cidade de Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, Mãe de Deus e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria.

Cidade de Salvador: Hospital São Rafael e demais localidades com hospitais que operam com Tabela Própria.

- x) Tratamentos realizados nos hospitais acima relacionados, ou outros ainda que não listados acima e que operem por tabela própria, mesmo que de urgência e emergência, sem a prévia realização de contato com a **CONTRATADA** para disponibilização ou indicação de hospital ou clínica credenciada apta para prestação de tal atendimento;
- y) Procedimentos, Tratamentos e Medicamentos não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde, vigentes à época do evento publicados pela ANS, bem como aqueles que transcendam ou contrariem e, ainda não atendam o quanto estipulado pelas diretrizes de utilização respectivas.
- z) Consultas, procedimentos, exames, OPME's, dentre outros previstos na presente contratação, realizados pelo beneficiário em desacordo com a condição de observância à rede direcionada, nos termos do item "a", artigo 13º deste contrato.

TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 26 Este contrato, embora formalizado nesta data, terá início de vigência a partir de 01 de janeiro de 2.020, com prazo de vigência de 12 (doze) meses, passando para prazo indeterminado, caso as partes não manifestem desinteresse na sua continuidade, até 30 (trinta) dias antes do término de sua vigência.

Parágrafo Primeiro: Para efeito de contagem de carências, no caso de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** será considerado como início da vigência a data de 01 de janeiro de 2.020.

Parágrafo Segundo: Convencionam as partes que, antes de 01 de janeiro de 2.020, não terá vigência nenhuma das cláusulas previstas neste instrumento, facultando-se, apenas, a solicitação de inclusão dos beneficiários com as respectivas comprovações de elegibilidade.

TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27 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:

Procedimentos	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde
Casos de urgência(*) emergência(**)	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas em consultório ou ambulatório	30 (trinta) dias
Exames Básicos (definidos no Anexo I)	30 (trinta) dias
Fisioterapia	90 (noventa) dias
Procedimentos e cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Exames Especiais (definidos no Anexo I)	180 (cento e oitenta) dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, Hemodiálise, Quimioterapia e Radioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Sessões de Acupuntura, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes	720 (setessentos e vinte) dias

(*) Urgência: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, aplicando-se os conceitos tratados pela Resolução nº 1451/1995 do Conselho Federal de Medicina e artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998 ou outras normas que vierem a substituí-las.

(**) Emergência: É o evento que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizado em declaração do médico assistente, aplicando-se os conceitos tratados pela Resolução nº 1.451/1995 do Conselho Federal de Medicina e artigo 35-C da Lei 9.656/1998 ou outras normas que vierem a substituí-las.

Anexo I - Relação dos exames básicos e especiais de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data de assinatura do contrato e suas atualizações.

Art. 28 Não será exigido o cumprimento de carências, desde que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente contrato e/ou a cada aniversário da contratação, desde que a proposta de adesão seja apresentada nos 30 dias subsequentes.

§ 1º Após o transcurso do prazo previsto no caput, os **BENEFICIÁRIOS** deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

§ 2º As internações nos atendimentos de urgência/emergência decorrentes de acidentes pessoais e complicações no processo gestacional serão garantidas, sem restrições, após decorridos 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, de acordo com a Lei nº 9.656/1998.

§ 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, a partir da necessidade de internação, passará a ser da **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

Art. 29 As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

GARANTIA DE COBERTURA OBSTETRÍCIA

Art. 30 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.

Art. 31 Para os planos hospitalares com obstetrícia, 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 às 12 (doze) primeiras horas:
 - i. Ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, cessará a cobertura e a **CONTRATADA** providenciará a remoção da beneficiária para a rede pública e/ou outro serviço / hospital indicado por ela ou seus familiares;
 - ii. Em caso de impossibilidade de remoção por risco de morte, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária, exclusivamente, **SEM** participação da **CONTRATADA**.
- c) Estão cobertas as despesas de alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante da **BENEFICIÁRIA** para atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, acrescida dos procedimentos relativos ao **pré-natal**, da assistência ao parto e puerpério - nos seguintes casos:
 - i. Pré-parto;
 - ii. Parto; e
 - iii. Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após parto, salvo intercorrências, a critério médico.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA, TUTELA OU CURATELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA, E DO APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

Art. 32 O menor de 12 (doze) anos adotado por **BENEFICIÁRIO** de plano de saúde, ou sob guarda, tutela ou curatela deste, independentemente do tipo de segmentação **CONTRATADA**, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda,



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



tutela ou curatela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

Art. 33 O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** pai, independente da segmentação **CONTRATADA**.

Art. 34 Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos itens acima, observará as condições de elegibilidade previstas na contratação.

GARANTIA DE COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO /CARÊNCIAS

Art. 35 Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias, na forma prevista no presente instrumento, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela **CONTRATADA**, diferenciam-se as seguintes hipóteses consignadas nos artigos abaixo.

Art. 36 Caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

Art. 37 Caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO**.

TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 38 Em razão da contratação ser de natureza coletiva por adesão, haverá exigência de cumprimento de carências nos casos de Cobertura Parcial Temporária em razão da constatação de Doenças e Lesões Preexistentes.

Art. 39 Os **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **CONTRATANTE** devem registrar a existência de doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas que tenham conhecimento no momento da adesão 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 adesão.

§ 2º A omissão de informação pelos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual saibam ser portadores no momento da adesão ao plano de assistência médica, pode acarretar a rescisão do contrato. Nesse caso a **CONTRATANTE** será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida.

§ 3º É condição prévia para a inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **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 na cobertura parcial temporária, nos termos definidos no presente instrumento, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

§ 5º A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de inscrição do **BENEFICIÁRIO**, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente, não informada na declaração de saúde, caracterizará fraude, sujeitando o **BENEFICIÁRIO**, à critério da **CONTRATADA**, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito da Operadora de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 40 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 morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, nos termos da legislação aplicável. Fica assegurada:

- a) 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 nº 13/1998 do CONSU);
- b) Cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições e enquanto caracterizada situação de urgência/emergência, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato (artigo 3º, § 2º, da Resolução nº 13/1998 do CONSU);
- c) Cobertura para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;
- d) Atendimento limitado às primeiras 12 (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que os **BENEFICIÁRIOS** estiverem cumprindo o período de carência.

Art. 41 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, nas situações discriminadas abaixo:

- I. Em casos de urgência (casos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional) ou de emergência (casos que implicam risco imediato de Morte ou de lesões irreparáveis), quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados, credenciados ou referenciados e/ou não tenha havido a possibilidade de prévio contato com a **CONTRATADA** para disponibilização ou indicação de hospital ou clínica credenciado apto para prestação de tal atendimento, de modo que o valor do reembolso será calculado de acordo com a tabela de referência da **CONTRATADA** e não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à sua rede de prestadores e de acordo com a categoria do plano contratado;

II. Quando houver descumprimento do quanto disciplinado nos artigos 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, caso o **BENEFICIÁRIO** não tenha alternativa de atendimento e necessite arcar, de maneira particular, com os custos;

III. Nas situações em que, embora a operadora seja obrigada a arcar com os custos de transporte, o **BENEFICIÁRIO** seja compelido a custear tais valores;

Art. 42 Não se enquadra à presente hipótese de reembolso a realização de atendimentos eletivos, programados ou que não se enquadrem às hipóteses previstas pelo artigo anterior, ficando o reembolso limitado enquanto observada a condição de urgência/emergência que impossibilite a transferência para continuidade do atendimento junto dos serviços próprios, contratados, referenciados ou credenciados.

Art. 43 O reembolso tratado no presente instrumento ocorrerá conforme Tabela de Referência Unimed São Carlos, registrada junto ao Cartório Registro de Imóveis e Anexos de São Carlos, sendo ofertado pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação completa e adequada dos seguintes documentos originais:

- a) Solicitação de reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) Cópia do cartão de identificação e do CPF do titular do plano de saúde;
- c) Cópia de documento contendo dados bancários do titular do plano para crédito;
- d) Comprovantes de pagamentos, recibos e notas fiscais quitadas com nome completo do paciente, valor numérico e por extenso, descrição dos procedimentos médicos realizados e dados do profissional executante (nome, número de inscrição no conselho de classe, CPF, especialidade, atuação, assinatura sobre o carimbo);
- e) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, atestando o período em que se mostrava impossível a transferência para serviços próprios ou credenciados e data da alta hospitalar, contendo a sua assinatura e número de registro no CRM;
- f) Para despesas hospitalares: conta hospitalar discriminando valores e itens unitários dos gastos, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital e relatório médico justificando a cobrança;
- g) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- h) Para exames e procedimentos ambulatoriais o **BENEFICIÁRIO** deve apresentar pedido médico datado, contendo quadro clínico e indicação para o procedimento. No caso de exame por imagem indicar região corpórea;
- i) Para internações cirúrgicas o **BENEFICIÁRIO** deve apresentar recibos individualizados da equipe cirúrgica discriminando: posição de atuação no evento (cirurgião, anestesista, etc.) e relatório médico contendo data, quadro clínico, indicação clínica para o procedimento e descrição dos procedimentos cirúrgicos realizados;

- j) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- k) Nos casos de serviços e procedimentos, inclusive os que contenham Diretriz de Utilização – DUT – estabelecidas, pode ser exigido também laudo ou atestado médico ou outro documento equivalente, emitido pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento, atestando seu cumprimento.

§ 1º Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de recebimento pela **CONTRATADA** da documentação necessária, pelo IPC-FIPE-Saúde, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

§ 2º O critério a ser utilizado pela Operadora para cálculo e apuração do valor correto do reembolso consistirá em 1 (uma) vez a Tabela de Referência Unimed São Carlos, sendo vedado o reembolso diferenciado por prestador.

§ 3º A Tabela utilizada para reembolso ou a unidade de serviços será a vigente à data do evento.

§ 4º A Tabela utilizada para reembolso do período de vigência em que ocorreu o evento, além de registrada no Cartório de Títulos e Documentos de São Carlos, encontra-se disponibilizada para consulta na sede da **CONTRATANTE**, no sítio da Operadora (Internet) ou na Operadora. Além disso, eventuais dúvidas acerca da tabela de reembolso poderão ser esclarecidas pelos canais de atendimento disponibilizados pela Operadora ao **BENEFICIÁRIO**.

Art. 44 Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**, realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 45 Caso não requerido, o **BENEFICIÁRIO** perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

Art. 46 A remoção, que sempre será inter-hospitalar (entre hospitais), 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, ultrapassado o prazo de 12 (doze) horas regulamentares em caso de carência ou ainda na necessidade de intervenção não coberta, desde que necessária para a continuidade do tratamento do **BENEFICIÁRIO**, será de obrigação da **CONTRATADA** a remoção para um hospital da rede pública para continuidade do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou outro indicado pelo **BENEFICIÁRIO** ou familiares, sob sua própria e exclusiva responsabilidade.

§ 2º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 1º deste artigo, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, conforme da Resolução CONSU nº 15/1999.



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



TÍTULO IX – INEXISTÊNCIA DE ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 47 Não haverá livre acesso a prestadores próprios, credenciados e não credenciados, ou médicos cooperados e não cooperados da **CONTRATADA**, excetuando-se apenas os casos de reembolso, nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, devendo o beneficiário observar, o quanto disposto no item “a” do artigo 13º deste contrato.

TÍTULO X - MECANISMO DE REGULAÇÃO

COPARTICIPAÇÃO

Art. 48 Coparticipação é a contribuição na despesa assistencial a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, após a realização do procedimento, nos termos contratados, aplicada a contratos conforme essa modalidade. Serão cobrados valores ou percentuais a título de coparticipação nos termos da legislação vigente e de acordo com a tabela presente neste instrumento.

Parágrafo Primeiro: A Coparticipação será cobrada de acordo com os valores constantes do item 4.

Parágrafo Segundo: Os valores de coparticipação incidirão sobre o preço então praticado pela **CONTRATADA** com os mesmos percentuais aplicados e negociados com a **CONTRATANTE** para a contraprestação pecuniária, e serão reajustados anualmente, no aniversário do contrato

Parágrafo Terceiro: Para o Núcleo Dirigido será cobrada coparticipação a partir da 5ª consulta

Parágrafo Quarto: Para todos os procedimentos no núcleo, ou direcionados por ele, haverá cobrança de coparticipação.

Parágrafo Quinto: Em havendo encaminhamento por parte do Núcleo a um especialista, a cobrança de coparticipação se dará a partir da primeira consulta

Art. 49 O presente contrato abrange o atendimento em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, de acordo com o disposto no presente contrato e Rol de Procedimentos da ANS, ANVISA e demais Agências Reguladoras, e os **BENEFICIÁRIOS** farão jus às coberturas previstas nas cláusulas e itens deste contrato.

Art. 50 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, desde que observadas as condições de “porta de entrada” e direcionamento, para os casos de atendimento ambulatorial, e de autorização prévia, quando for o caso, nos termos da item “a”, artigo 13º deste contrato:

a) **Consultas:** os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos no consultório dos médicos para os quais forem encaminhados pelo Núcleo Dirigido, dentre os cooperados da **CONTRATADA**, de acordo com a disponibilidade de atendimento destes;



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



b) **Atendimentos Clínicos, Cirúrgicos e Ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, ambulatorios, serviços e hospitais próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, observando-se as condições de encaminhamento do Núcleo Dirigido, ou do médico cooperado por este direcionado;

c) **Exames e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia:** serão prestados através de rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, mediante solicitação do médico, para o qual foi direcionado pelo Núcleo Dirigido.

Art. 51 Os atendimentos serão prestados exclusivamente de acordo com a área de abrangência geográfica do contrato.

Art. 52 A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

Art. 53 A **CONTRATADA** disponibilizará por meio de sua página eletrônica www.unimedsaocarlos.com.br o “**GUIA DE SERVIÇOS MÉDICOS**”, onde consta a relação atualizada de seus médicos cooperados, prestadores, hospitais e clínicas.

Art. 54 Fica pactuado que todos os **BENEFICIÁRIOS** titulares receberão o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), além do Manual contendo as orientações do Núcleo Dirigido, objeto do presente contrato.

Art. 55 Faculta-se à **CONTRATADA**, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços médicos e hospitalares e substituição dos prestadores por outros equivalentes, mediante comunicação aos **CONTRATANTES** e a ANS, 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 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. 56 A **CONTRATANTE** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** o Cartão Individual de Identificação referente ao plano contratado, emitido pela **CONTRATADA**, com prazo de validade, cuja apresentação será obrigatória, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, para acesso ao atendimento médico assistencial, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, nova forma para melhor atendimento dos **BENEFICIÁRIOS**.

Art. 57 Obriga-se a **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de qualquer beneficiário, 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,



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão 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, ensejará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, ao pagamento de todos os custos decorrentes dos atendimentos, dentre outras verbas indenizatórias, caso comprovadas, além da exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

§3º Ficará a **CONTRATANTE** isenta da responsabilidade dos prejuízos resultantes do uso indevido do cartão de identificação, se comprovar a impossibilidade de recolhimento dos mesmos, dos beneficiários excluídos do plano de saúde.

§4º Na hipótese prevista no §3º, acima, a **CONTRATANTE** deverá comunicar expressamente à **CONTRATADA**, no prazo de até 48 horas após a exclusão, para que a **CONTRATADA** possa adotar as providências cabíveis.

Art. 58 Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via e arcará com a despesa taxa fixada pela **CONTRATADA**, referente a emissão do mesmo.

Art. 59 Nos casos de atendimentos pelo SUS por parte dos **BENEFICIÁRIOS** da contratação, independentemente da existência ou não de coparticipação, os custos assistenciais (despesas) decorrentes destes atendimentos serão contabilizados a cada 12 (doze) meses para a finalidade de apuração e aplicação do índice de reajuste técnico atuarial (sinistralidade) aplicados anualmente no contrato.

Parágrafo Único: As despesas decorrentes de cumprimento de decisões judiciais que reconheçam cobertura de tratamentos, procedimentos, medicamentos, internações dentre outras não previstas na contratação nem no Rol de Procedimentos da ANS e/ou reconhecidos pela ANVISA, também serão contabilizados a cada 12 (doze) meses para a finalidade de apuração e aplicação do índice de reajuste técnico atuarial (sinistralidade) aplicados anualmente no contrato.

PORTA DE ENTRADA E DIRECIONAMENTO

Art. 60 O presente contrato possui mecanismo de regulação de Porta de Entrada e Direcionamento, especificamente para atendimentos em **regime ambulatorial**, que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Referidos atendimentos terão como Porta de Entrada exclusivamente o **NÚCLEO DE ESPECIALIDADES**. Após a realização do primeiro atendimento, haverá o direcionamento dos beneficiários para os demais serviços da rede assistencial caso necessário.

§ 1º A **CONTRATANTE** se compromete a orientar os beneficiários acerca do regramento previsto no parágrafo anterior.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 61 Eventos referentes a internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas serão realizados por médicos cooperados ou por prestadores integrantes da rede credenciada, nos estabelecimentos de saúde que integram a rede contratada, prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela **CONTRATADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

Art. 62 Os exames complementares e serviços auxiliares devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede assistencial (própria ou credenciada), mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela **CONTRATADA**.

Art. 63 Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da **CONTRATADA**.

Art. 64 Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve se dirigir à um escritório de autorização da **CONTRATADA** mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Art. 65 A **CONTRATADA** garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia, no prazo determinado pela Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS), a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

Art. 66 A **CONTRATADA** se reserva o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos e, em situações de divergência, estará garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

TÍTULO XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 67 A formação de preço é preestabelecida, na qual o valor da contraprestação pecuniária é pago pela **CONTRATANTE** antes da utilização das coberturas contratadas (pré-pagamento). Sua composição foi estabelecida pelo cálculo atuarial entre o custo médico médio dos **BENEFICIÁRIOS**, o custo administrativo do plano e o custo operacional geral das atividades da **CONTRATADA**.

Art. 68 Obriga-se a **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**, por cada **BENEFICIÁRIO** inscrito neste contrato, o valor correspondente à taxa de inscrição, conforme convencionado no contrato.

Art. 69 A **CONTRATANTE** fica obrigada a pagar a **PRIMEIRA** mensalidade no ato da celebração deste instrumento e as demais conforme valores por faixa etária, data e meio de cobrança de acordo com as condições previstas neste contrato.



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
(16) 2107-7333



Art. 70 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 definido na cláusula anterior.

Art. 71 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, os quais incidirão sobre o montante atualizado do débito, atualização esta a ser realizada pelo índice IPC-FIPE-Saúde, além dos honorários advocatícios incidentes (extrajudicialmente ou judicialmente).

Art. 72 A CONTRATANTE reconhece que os valores das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, bem como que o presente instrumento ostenta característica de título extrajudicial, podendo a **CONTRATADA** proceder a sua cobrança pelos meios judiciais cabíveis, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato e registros/inscrições em órgãos de proteção ao crédito e protesto junto aos cartórios respectivos, na forma da lei.

TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 73 Para fins deste contrato ficam fixadas as faixas etárias descritas no item a seguir:

§ 1º O **CONTRATANTE** reconhece que as mensalidades são estabelecidas 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 reajustadas automaticamente no mês subsequente ao do aniversário do **BENEFICIÁRIO** conforme percentuais previstos neste contrato.

§ 2º As faixas etárias estão definidas segundo disposição contida nos artigos 2º e 3º da RN nº 63/2003 e descritas abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS
0 (zero) a 18 (dezoito) anos
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos
59 (cinquenta e nove) anos

§ 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela **CONTRATADA**, observado-se as seguintes condições:

a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

b) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa, não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

§ 4º 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**. Caso o reajuste não seja aplicado automaticamente, por quaisquer motivos, fica ressalvada a possibilidade de cobrança retroativa por parte da **CONTRATADA**, a partir da data de alteração da faixa etária em que a diferença passou a ser devida, com a atualização monetária decorrente.

§ 5º Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária serão aplicados independentemente dos reajustes financeiro anual e técnico.

§ 6º Os **BENEFICIÁRIOS** com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro e técnico anual na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIII - REAJUSTE

REAJUSTE PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Art. 74 Reajuste por Mudança de Faixa Etária da Contraprestação Pecuniária Mensal

Parágrafo Primeiro: O índice de reajuste por mudança de faixa etária é definido de acordo com alteração de idade do **BENEFICIÁRIO**, devendo serem obedecidas as 10 (dez) faixas etárias estipuladas pelo contrato, ficando previsto que o valor da última faixa etária (59 cinquenta e nove anos ou mais) não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (0 zero a 18 dezoito anos) e também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. O índice de variação de cada faixa etária consta de tabela prevista em contrato.

Parágrafo Segundo: A Unimed São Carlos reserva-se o direito de anualmente recalculer o prêmio mensal sempre que o prêmio médio, calculado com base na composição etária do grupo, resultar em diferença superior a 5% (cinco por cento) do prêmio médio da Implantação ou do último reajuste feito.

Art. 75 Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal:

- a) O reajuste financeiro da contraprestação pecuniária será aplicado anualmente e de forma automática, no aniversário do contrato, utilizando-se por base o IPC-FIPE-Saúde, independentemente do Reajuste Técnico e do Reajuste por Mudança de Faixa Etária.



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T (16) 2107-7333



- b) A UNIMED São Carlos comunicará a ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste financeiro.
- c) Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva ou negativa na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do contrato.

Art. 76 Reajuste Técnico da Contraprestação Pecuniária Mensal:

a) Para contratos com 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS**:

- I. Independentemente e além do disposto nas Cláusulas de Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal e Reajuste por Mudança de Faixa Etária, a contraprestação pecuniária mensal será calculada em função do índice de sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato.
- II. O índice de reajuste será calculado em função do índice de sinistralidade, sendo aplicado de forma complementar e na mesma data do Reajuste Financeiro, e por faixa etária de acordo com a fórmula abaixo descrita, sendo ignorados para o período de cálculo os 3 (três) primeiros meses de vigência do Contrato.

$$R \text{ Contrato} = M * (1 + I) * (1 + Rs)$$

Onde:

- R - Reajuste calculado
- M - Mensalidade
- I - Índice de inflação; e
- Rs - Reajuste por sinistralidade

Para o cálculo do percentual do reajuste de sinistralidade é utilizada a seguinte equação:

$$Rs = \left(\frac{S}{Sm} \right) - 1$$

Onde:

- RS - Reajuste por sinistralidade
- S - Sinistralidade apurada na carteira de contratos com menos de 30 (trinta) vidas; e
- Sm - Meta de sinistralidade da carteira de 70% (setenta por cento).

III. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

IV. A **CONTRATADA** comunicará à **CONTRATANTE** o percentual (%) de reajuste técnico, com antecedência 30 (trinta) dias da efetiva cobrança, apresentando o Estudo Atuarial representativo do período de utilização, considerando para apuração as informações de 60 (sessenta) dias que antecedem o reajuste.

- V. As contraprestações pecuniárias recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas pela **CONTRATANTE**. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.
- VI. O índice de sinistralidade, para efeito da revisão da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão do total da Despesa Assistencial (Despesas de Eventos Assistenciais + Despesas de Eventos SUS + Reembolso + Coparticipação + PEONA + Despesas decorrentes de Decisões Judiciais) verificada no período de apuração pelo total da Contraprestação Pecuniária Líquida cobrada durante o mesmo período.
- VII. As partes poderão de comum acordo e após a apuração dos índices de reajuste do contrato, e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula acima descrita, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.
- VIII. A **CONTRATADA** comunicará a ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste por sinistralidade.
- IX. Mensalmente, a **CONTRATADA**, enviará à **CONTRATANTE**, para ciência e acompanhamento, relatório de sinistralidade dos últimos 12(doze) meses, podendo, a critério desta nomear e habilitar um profissional médico, mediante assinatura de termo de sigilo médico, para avaliação da documentação referente aos custos assistenciais.
- b) Para contratos com até 29 (vinte e nove) **BENEFICIÁRIOS- Do Agrupamento de Contratos - Regras para Aplicação de Reajuste Único:**
- I. Em razão do disposto na RN nº 309/2012 da ANS, ficam estabelecidas as seguintes regras para aplicação de reajuste único para empresas pertencentes ao agrupamento de contratos;
- II. Participarão do Agrupamento todos os contratos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, para efeito de apuração de um único índice de reajuste a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes ao agrupamento;
- III. A apuração do Índice de Reajuste Único considera o período de março a fevereiro de cada ano e será aplicado na data de aniversário do contrato;
- IV. A apuração da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** por contrato levará em consideração todos os produtos a ele vinculados, para efeito de enquadramento na RN 309 da ANS;
- V. A aplicação do Índice de Reajuste Único para as empresas integrantes do agrupamento ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste, considerando como base de cálculo as informações de 60 (sessenta) dias que antecedem;
- VI. Para as empresas integrantes do agrupamento, deixam de ser aplicadas as cláusulas de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico das Contraprestações Pecuniárias, as quais serão substituídas conforme descrito abaixo:
- VII. O Reajuste Financeiro será o Índice de Preços ao Consumidor (IPC-FIPE-Saúde).

VIII. O Índice de Reajuste Único (RN 309) será apurado, conforme fórmula descrita a seguir:

$$RN\ 309 = [(1 + IPC - FIPE - Saúde) \times (1 + IES) - 1] \times 100$$

IX. Índice de Excesso de Sinistralidade será apurado pela seguinte expressão:

$$IES = \begin{cases} Se: D \div R \geq 70\% \text{ então } (D \div 0,70 \times R) - 1 \\ Se: D \div R < 70\% \text{ então } 0 \text{ (zero)} \end{cases}$$

Onde:

- *D* - Total de Despesas Assistenciais referentes aos contratos integrantes do agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses;
- *R* - Total de Contraprestações Pecuniárias recebidas no mesmo período em que *D* foi apurada, referente aos contratos integrantes do agrupamento;
- 0,70 - Percentual Máximo de Despesa Assistencial previsto para todos os contratos integrantes do agrupamento.

X. A aplicação do índice será comunicada à ANS nos termos da legislação vigente.

Art. 77. Da alteração da quantidade de **BENEFICIÁRIOS**:

- a) Se, no mês de aniversário do contrato, compreendido pelo período de apuração do percentual de reajuste, a **CONTRATANTE** possuir quantidade de **BENEFICIÁRIOS** superior a 30 (trinta) vidas, esta deixará de fazer parte do Agrupamento. Nesta hipótese as condições do contrato com relação ao reajuste passarão a ser aquelas estabelecidas neste instrumento, aplicáveis às contratações com mais de 30 (trinta) vidas e, portanto, não pertencentes ao Agrupamento de empresas, ou seja, de acordo com as respectivas cláusulas das Condições Gerais do Contrato referentes a Reajuste Financeiro da Contraprestação Pecuniária Mensal, Reajuste por Mudança de Faixa Etária e Reajuste Técnico da Contraprestação Pecuniária Mensal;
- b) Na hipótese de a **CONTRATANTE** não ser integrante do Agrupamento e vir a possuir menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** na data de seu aniversário, esta será integrada ao Agrupamento de Contratos, conforme regras estabelecidas nos termos do presente instrumento, para efeito de apuração de um único índice de reajuste a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes ao agrupamento e Reajuste por Mudança de Faixa Etária.

TÍTULO XIV - BÔNUS - DESCONTO

Art. 78 É vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços, bem como descontos ou vantagens especificamente delimitadas em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor.

TÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 79 O presente contrato se caracteriza pela contratação coletiva, ou seja, aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, por relação estatutária ou classista, permitindo a inclusão dos dependentes legais da massa populacional, conforme previsto neste instrumento.

Parágrafo Único A adesão ocorrerá na data da contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica, nos termos e condições previstas pelo presente instrumento, de modo a abranger a massa populacional vinculada à pessoa jurídica.

Art. 80 Nenhuma inclusão de **BENEFICIÁRIO** terá validade se não for solicitada, por escrito, pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** de acordo com o artigo 11º e seus parágrafos e sem a apresentação de toda a documentação necessária, nos termos previstos pela contratação.

Parágrafo Único: Será de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE** a reparação de todos os custos/indenizações/prejuízos e outros danos decorrentes da não comunicação e/ou manutenção indevida de associado na qualidade de **BENEFICIÁRIO/DEPENDENTE**, seja esta apurada administrativa ou judicialmente, ainda que estes prejuízos venham a ser cobrados somente da **CONTRATADA**, ficando esta isenta de responsabilidades de quaisquer espécies.

TÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 81 O **BENEFICIÁRIO** será excluído do contrato, mediante prévia comunicação, quando:

- a) Por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- b) Perder o vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- c) Perder a relação de dependência com o titular, no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente;
- d) Fraude comprovada cometida pelo **BENEFICIÁRIO**, a saber:
 - i. 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;
 - ii. Omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela **CONTRATADA** junto a ANS, no respectivo processo administrativo.
 - iii. Quando comprovada a inelegibilidade do beneficiário.

Art. 82 A exclusão do **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 referente ao novo plano contratado.

TÍTULO XVII – RESCISÃO /SUSPENSÃO

Art. 83 A **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE** até o 5º (quinto) dia de inadimplência, consecutivo ou não, e poderá suspender a prestação dos serviços, caso não ocorra o pagamento até o 10º (décimo) dia da inadimplência. Não havendo a regularização da inadimplência até o 15º (décimo quinto) dia, consecutivos, será imediatamente rescindido.

§ 1º Este contrato também poderá ser rescindido, em qualquer época, nas seguintes hipóteses:

Qualquer ato ilícito ou fraude praticada pela **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIOS**, na utilização do objeto deste contrato;

- a) Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato e reparação dos prejuízos decorrentes;
- b) Não concordância por parte da **CONTRATANTE** com os índices de reajustes aplicáveis;

§ 2º Na ocorrência da hipótese prevista pela alínea “a” acima, faculta-se à **CONTRATADA** promover a exclusão do **BENEFICIÁRIO** que praticou a fraude e/ou o ilícito em substituição à rescisão do contrato;

§ 3º Este contrato poderá ser rescindido, imotivadamente, 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 **CONTRATADA** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia, ainda que vigentes os prazos de autorizações para realização de tratamentos e procedimentos por parte de **BENEFICIÁRIOS**, devendo ser realizados antes do término do prazo de vigência do contrato, sob pena de cancelamento/revogação automática da autorização quando do término do período contratual;
- b) Fixada a data para efetivação de rescisão contratual, correrão as despesas, a partir daí, por conta da **CONTRATANTE**, de qualquer natureza previstas neste contrato;
- c) Durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, sejam titulares ou dependentes;

§ 4º Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época pactuar a celebração de distrato contratual.

TÍTULO XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 84 As partes destacam, de forma irretorquível, que a responsabilidade da **CONTRATADA** limita-se à relação de serviços previstos neste contrato.

Art. 85 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. 86 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. 87 O presente contrato poderá sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados pelas partes.

Art. 88 Integram este contrato para todos os fins de direito, os aditivos contratuais adicionais, a proposta de admissão e demais anexos aceitos pelo **CONTRATANTE**.

Art. 89 Qualquer omissão ou tolerância das partes em exigir o estrito cumprimento das obrigações ora contratadas, ou em exercer quaisquer direitos decorrentes deste contrato, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito adquirido por força da celebração deste.

TÍTULO XIX - DO FORO

Art. 90 Fica eleito o Foro da Comarca de **São Carlos** 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 2019.



www.unimedsaocarlos.com.br
Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T. (16) 2107-7333

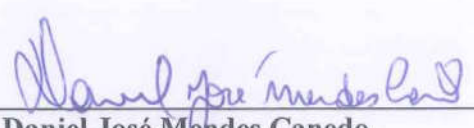


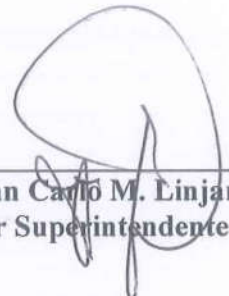
**CONTRATANTE: SINDICATO DOS TRABALHADORES TECNICO-ADMINISTRATIVOS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO CARLOS**

Responsável:

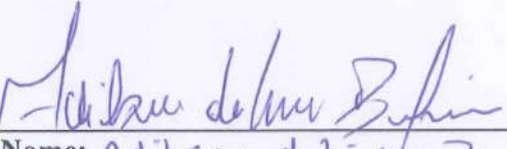

Vania Helena Gonçalves
CPF: 065.688.688-92
RG: 13.904.291

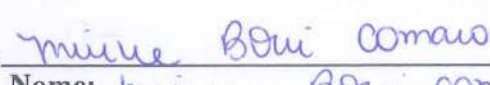
CONTRATADA: UNIMED SÃO CARLOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


Dr. Daniel José Mendes Canedo
Diretor Presidente


Dr. Ivan Carlo M. Linjard
Diretor Superintendente

Testemunhas:

1. 
Nome: Adilson de Lima Benfim
CPF: 058 925 348-47

2. 
Nome: Miriue Boni Comau
CPF: 361 765 208-51



Rua Vicente Pelicano, 945
13571-000 - Azulville - São Carlos - SP
T. (16) 2107-7333



GLOSSÁRIO

1. **ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar
2. **ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
3. **APH:** Atendimento pré-hospitalar
4. **CAPD:** Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
5. **CFM:** Conselho Federal de Medicina
6. **CFO:** Conselho Federal de Odontologia
7. **CID10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
8. **CNCDOs:** Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
9. **CNS:** Cartão Nacional de Saúde
10. **CONSU:** Conselho de Saúde Suplementar
11. **CPT:** Cobertura Parcial Temporária
12. **CRM:** Conselho Regional de Medicina
13. **CTI:** Centro de Tratamento Intensivo
14. **CTPS:** Carteira de Trabalho e Previdência Social
15. **DCB:** Denominação Comum Brasileira
16. **DCI:** Denominação Comum Internacional
17. **DIU:** Dispositivo Intra Uterino
18. **DLP:** Doença ou Lesão Preexistente
19. **DUT:** Diretrizes de Utilização
20. **FGTS:** Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
21. **GEFIP:** Guia de Recolhimento
22. **GLC:** Guia de Leitura Contratual
23. **IN:** Instruções Normativas (ANS)
24. **IPC-FIPE-Saúde:** Índice de Preços ao Consumidor
25. **MPS:** Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde
26. **OMS:** Organização Mundial de Saúde
27. **PAC:** Procedimentos de Alta Complexidade
28. **RN:** Resolução Normativa
29. **SNT:** Sistema Nacional de Transplante
30. **SUS:** Sistema Único de Saúde
31. **TR-USC:** Tabela de Referência para Reembolso
32. **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva