

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE COOPERATIVADA DECORRENTE DA LEI FEDERAL Nº 5764/71 – LEI DAS COOPERATIVAS, PARA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE ATRAVÉS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES E SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.

Nº DO CONTRATO E PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº2692

A) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA

- A.1 - Razão Social: Unimed Araras Cooperativa de Trabalhos Médicos
- A.2 - Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica
- A.3 - Registro da Operadora na ANS: 34.808-2
- A.4 - CNPJ: 54.012.406/0001-13
- A.5 - Inscrição Estadual: 182.071.478.110
- A.6 - Registro CRM-SP: 24512
- A.7 - Sediada na: Praça Martinico Prado, 71
- A.8 - Bairro: Centro
- A.9 - CEP: 13600-680
- A.10 - Cidade: Araras/SP
- A.11 - Fone: (19) 3543-5300
- A.12 - e-mail: comercial@unimedararas.com.br

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

- B.1 - Razão Social: SINDICATO DOS TRABALHADORES TECNICO-ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
- B.2 – Nome Fantasia: SINTUFSCAR
- B.3 – CNPJ: 49.161.821/0001-07
- B.4 – Endereço: RODOVIA WASHINGTON LUIZ, KM 235 – CAIXA POSTAL 676 - 13.565-800 - SÃO CARLOS - SP

C) NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

- C.1 - Nome comercial do Plano: Unimed Coletivo 30.
- C.2 - Número de Registro do Plano na ANS: 457.998/08-4

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO:

- D.1 - O presente contrato se caracteriza pela contratação Coletivo por Adesão, por livre adesão de pessoas físicas, facultada a inclusão de seus dependentes, nos limites da lei, na modalidade de pré-pagamento.

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

- E.1 - A segmentação assistencial por este contrato é a definida como AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, que seguirá as exigências dos normativos da ANS,

bem como o Rol de Procedimentos anexo I da RN 211/10 e suas atualizações por essa editada.

F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

F.1 - A área de abrangência definida para este contrato é classificada como Grupo de Municípios, e composta pelas seguintes cidades: Araras, Conchal, Leme e Santa Cruz da Conceição.

G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

G.1 - A área de atuação definida para este contrato é composta pelas seguintes cidades: Araras, Conchal, Leme e Santa Cruz da Conceição.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

H.1 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, em quartos de 2 ou mais leitos, sem direito a acompanhantes, exceto nos casos de consumidores menores de 18 anos e maiores de 60 anos. A diferença de valor por utilização diversa da acomodação citada correrá por conta do consumidor, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados na UNIMED, caso em que garante ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme disposto no artigo 33 da Lei 9.656/98.

I) FORMAÇÃO DO PREÇO:

I.1 - Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada serão Preestabelecidos.

J) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

J.1 – PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

J.1.1 - Ocorrendo o falecimento do consumidor titular, há mais de 12 (doze) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os seus dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

Parágrafo único: Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos consumidores os subsistirá na forma e condições anteriores.

J.1.2 - O consumidor titular deverá ter idade inferior e 60 (sessenta) anos na data que for inscrito.

J.1.3 - O dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do consumidor titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, não terá direito ao PEA.

J.1.4 - O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do consumidor titular falecido, nos termos da legislação civil.

J.1.5 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

J.1.6 - O benefício previsto neste Capítulo fica condicionado à apresentação, pelos dependentes, da Certidão de Óbito do consumidor titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

§1º. Os dependentes que não apresentarem os documentos exigidos no caput ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o consumidor titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades.

§2º. Os valores pagos nos termos do parágrafo anterior, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

J.1.7 - Os Cartões Individuais de Identificação dos dependentes, no caso de falecimento do consumidor titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

J.1.8 - O direito ao Plano de Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do consumidor titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

J.2 - SEGURO POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

J.2.1 - Ao consumidor titular inscrito, desde que em perfeito estado de saúde quando da inscrição, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental.

J.2.2 - Estar o(a) CONTRATANTE com todas as obrigações contratuais em dia.

J.2.3 - Ter idade inferior a 60 (sessenta) anos na data em que foi inscrito.

J.2.4 - Ter cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias contados da data de sua inscrição.

J.2.5 - Para fazer jus ao seguro, os dependentes do CONSUMIDOR TITULAR falecido deverão apresentar à UNIMED:

Certidão de óbito do titular;

Certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido na falta de designação de outro, como consumidor;

Na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão de acordo com a legislação pertinente.

J.2.6 - O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista neste contrato enquanto perdurar o atraso.

Parágrafo Único: O atraso superior a 60 (sessenta) dias do pagamento das mensalidades implicará no cancelamento da cobertura prevista neste contrato.

J.2.7 - Os valores segurados por morte natural e por morte acidental estão fixados na “PROPOSTA DE ADMISSÃO” e serão corrigidos a partir desta data segundo os índices e a periodicidade determinados pelo Governo Federal para o mercado segurador.

J.2.8 - O presente seguro será coberto pela UNIMED SEGURADORA S/A, com sede na cidade de São Paulo – SP, representada pela Unimed, obedecidas as normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

J.3 - CONDIÇÕES GERAIS

J.3.1 - Está EXCLUÍDA desta cobertura, conforme Condições Gerais, em resumo, a morte decorrente de:

- a) Uso de material nuclear;
- b) Atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública;
- c) Doenças ou lesões preexistentes.

J.3.2 - Está EXCLUÍDA deste seguro a morte acidental decorrente de:

- d) Uso de material nuclear;
- e) Atos ou operações de guerra, ou outras perturbações da ordem pública;
- f) Doenças ou lesões preexistentes;
- g) Competições e treinos preparatórios com veículos;
- h) Quaisquer alterações mentais, conseqüentes do uso do álcool, drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- i) Convulsões da natureza;
- j) Ato reconhecidamente perigoso não motivado por necessidade justificada e a prática de atos ilícitos ou contrários à lei pelo Segundo;
- k) Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- l) Parto, aborto e suas conseqüências;
- m) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie e as decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- n) Suicídio ou tentativa de suicídio;
- o) Choque anafilático e suas conseqüências;
- p) Acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro;
- q) Quaisquer doenças, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidentes, exceto infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- r) Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

J.4 - São indicados consumidores do Segurado os abaixo relacionados, na seguinte ordem:

ESTADO DO SEGURADO	BENEFICIÁRIOS
1. Casado(a)	O cônjuge e, na falta deste, os filhos.
2. Viúvo(a), Divorciado(a), Separado(a) judicialmente, Solteiro a), com filhos e com companheira(o) registrada(o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional ou outras provas legalmente admissíveis.	50% a(o) companheira(o); 50% aos filhos.
3. Viúvo(a), Divorciado(a), Separado(a) judicialmente, Solteiro(a), sem filhos e com companheira(o) registrada(o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional ou outras provas legalmente admissíveis.	A(o) companheira(o).
4. Viúvo(a), Divorciado(a) ou Separado(a)	

ESTADO DO SEGURADO	BENEFICIÁRIOS
Judicialmente, Solteiro(a), sem companheira(o) e com filhos.	Os filhos em partes iguais com reversão entre si.
5. Viúvo (a), Divorciado(a) ou Separado(a) judicialmente, Solteiro(a), sem companheira(o) e sem filhos.	Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão conforme a legislação pertinente.

J.5 - O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Unimed de Araras, por escrito, a alteração dos seus consumidores.

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2.2 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

2.2.1 - Mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

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 desta resolução;

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; e

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de

operadoras – DIOPE.

2.2.2 - Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

2.2.3 - Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 da Resolução Normativa 195 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

2.2.4 - As pessoas jurídicas de que trata a cláusula 2.2.1 do presente capítulo só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II daquela cláusula.

2.3 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação aquele:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.4 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

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

2.6 - 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.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

3.1.1 - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.1.2 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.1.3 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.1.4 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10^o Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.1.5 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.2 – COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

I - Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

III - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

IV - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.3 – COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

3.3.1 - A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

II - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

III - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

IV - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

V - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - 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;

VII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VIII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

IX - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

X - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XI - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.

XIII - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XIV - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XV - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XVI - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XVII - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XVIII - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 70% (setenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XIX - transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das

Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURAS

4.1 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

4.1.1 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.2 - Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

4.1.3 - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

4.1.4 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

4.1.5 - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

4.1.6 - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;

4.1.7 - Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

4.1.8 - Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências;

c) despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

4.1.9 - Cirurgias para mudança de sexo;

4.1.10 - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

4.1.11 - Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

- 4.1.12 - Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- 4.1.13 - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 4.1.14 - Inseminação artificial;
- 4.1.15 - Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 4.1.16 - Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 4.1.17 - Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.1.18 - Aplicação de vacinas;
- 4.1.19 - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.20 - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 4.1.21 - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.22 - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- 4.1.23 - Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
- 4.1.24 - Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 4.1.25 - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 4.1.26 - Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- 4.1.27 - Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 4.1.28 - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - O presente Contrato vigorará pelo prazo de doze meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2 - O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, sendo assim especificados:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;

b) 300 (trezentos) dias para parto a termo;

c) 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos.

6.2 - Os serviços contratados serão prestados aos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

6.3 - Não será exigido o cumprimento de carências se:

6.3.1 - A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.

6.3.2 - O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

7.7 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo

do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.9 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.10 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.11 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.12 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.13 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.14 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.15 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.16 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.17 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.18 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.19 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.20 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.21 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.22 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

8.1.1 - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

8.1.2 - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2 - A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.2.1 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.3 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.4 - DA REMOÇÃO

8.4.1 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

8.5 - Da Remoção para o SUS:

8.5.1 - À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.5.2 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.5.3 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.5.4 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.6 - DO REEMBOLSO

8.6.1 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.6.2 - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos: documento de identidade oficial com foto; nota fiscal da utilização com descrição dos procedimentos realizados devidamente codificados.

8.6.3 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

TEMA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

9.2 - Cartão de Identificação

9.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

9.2.2 - Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.

9.2.3 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

9.3 - Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

9.3.1 - Consultas Médicas: Os usuários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário

normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

9.3.2 - atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

9.3.3 - Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

9.3.4 - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, 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, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

9.3.5 - Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

9.3.6 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

9.3.7 - A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

9.3.8 - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

9.3.9 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio www.unimedararas.com.br. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico.

9.3.10 - A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

9.3.11 - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

9.3.12 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

9.3.13 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

9.3.14 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

9.4 - Co-Participação

9.4.1 - A co-participação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e nas condições abaixo.

9.4.2 - Os atendimentos serão realizados mediante co-participação segundo o seguinte critério:

a) Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 30% (trinta por cento) do custo das consultas em consultório e pronto socorro, dos exames e de todos os demais serviços/procedimentos realizados em regime ambulatorial, incluindo os eventuais gastos com materiais, medicamentos, diárias e taxas, limitados a um valor máximo de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) por serviço realizado.

b) Nos atendimentos realizados em regime de internação incidirá co-participação de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por dia, limitados a um valor máximo de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por internação.

9.4.3 - Os valores a título de co-participação serão cobrados juntamente com a mensalidade e serão estipulados no ato da contratação entre a Contratada e Contratante, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

9.4.5 - Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

TEMA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 - valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

10.2 - A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

10.3 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

10.4 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

10.5 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.6 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.7 - Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

10.8 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

10.9 - O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

10.10 - A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

TEMA XI – REAJUSTE

11.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de reajustes de planos individuais e familiares definido anualmente pela A.N.S. – Agência Nacional de Saúde Suplementar ou o IPC Saúde da FIPE - Índice de Preços ao Consumidor do Setor de Saúde da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, aquele que for maior, ou ainda índice que venha posteriormente a substituir os mesmos. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de três meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

11.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

11.2.1 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (sessenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

11.2.2 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S - 1) SM$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.2.3 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.3 – Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde é inferior a 30 participantes, para o cálculo de sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 participantes.

Parágrafo 1º - O agrupamento de contratos é a medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

Parágrafo 2º - Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha atingir 30 participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

11.4 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

11.5 - Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

11.6 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

11.7 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

11.8 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XII – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

12.2 - As variações por faixas etárias para os fins deste contrato serão:

Faixas Etárias Percentual

- de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade; 23%
- de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade; 19%
- de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade; 23%
- de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade; 7%
- de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade; 12%
- de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade; 12%
- de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade; 45%
- de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; 32%
- de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais. 24%

12.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

12.4 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

12.5 - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

12.6 - 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 anual na forma prevista neste contrato.

TEMA XIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

13.1.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.1.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.1.3 - Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

13.1.4 - A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato.

TEMA XIV – RESCISÃO

14.1 - O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

14.2 - O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

14.2.1 - se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

14.2.2 - por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;

14.2.3 - por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

14.2.4 - se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

14.2.4.1 - Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

14.3 - Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

a) motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa de 50% (cinquenta por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

14.4 - O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

TEMA XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual do Usuário, o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.2 - Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

15.3 - SIGILO MÉDICO: compromete-se o (a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

15.4 - RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

São adotadas as seguintes definições:

15.5 - ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

15.6 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

15.7 - AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

15.8 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

15.9 - ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

15.10 - ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

15.11 - BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

15.12 - CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a freqüência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

15.13 - CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

15.14 - CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

15.15 - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

15.16 - CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

15.17 - CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

15.18 - DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

15.19 - DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

15.20 - DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

15.21 - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

15.22 - DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

15.23 - EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

15.24 - EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

15.25 - FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

15.26 - MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

15.27 - MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

15.28 - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

15.29 - PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

15.30 - PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

15.31 - PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

15.32 - TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

15.33 - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TEMA XVI – ELEIÇÃO DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Contratante para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Araras/SP, 01 de Maio de 2014.

CONTRATADA

CONTRATANTE

Testemunhas:

1 - _____

Nome:

R.G.:

2 _____

Nome:

R.G.: