

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

A) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- Razão social: Unimed de Marília – Cooperativa de Trabalho Médico.
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ: 66.872.888/0001-60
- Registro da operadora na ANS: 33.610-6
- Classificação da operadora na ANS: cooperativa médica.
- Endereço completo: Rua Bororós, nº 225, Salgado Filho, CEP 17.502-270, no município e comarca de Marília, Estado de São Paulo.

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- Razão Social: ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE POMPEIA
- Nome fantasia:
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ: 44.483.568/0001-86
- Endereço: Av. Expedicionário de Pompeia, nº 217. Bairro: Centro, Pompeia-SP, Cep: 17.580-000.

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

Nome Comercial: UNIMED CLASSICO APARTAMENTO EMPRESARIAL

Número de registro ANS: 480.435/18-0

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência à saúde do tipo coletivo empresarial, considerado aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (servidor público).

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como ambulatorial + hospitalar com obstetria.



F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência dos serviços eletivos e urgência/emergência ora contratados é caracterizada como grupo de municípios, compreendendo as cidades de **Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Garça, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaucu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia e Vera Cruz.**

G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato, para fins de comercialização e operacionalização, é classificada como grupo de municípios, compreendendo as cidades de **Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Garça, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaucu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia e Vera Cruz.**

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual (apartamento).

I) FORMAÇÃO DO PREÇO

A formação de preço do presente contrato é pré-estabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

J) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

O presente contrato não prevê serviços e coberturas adicionais.

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. Na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, a CONTRATADA prestará continuamente serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, através dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, visando à assistência médica hospitalar, na segmentação ambulatorial hospitalar com obstetrícia, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

2. Trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. É considerado beneficiário titular:

a) **O(s) empregado(s), ativo(s) e inativo(s), celetista ou estatutário, vinculado a pessoa jurídica CONTRATANTE.**

b) **O(s) sócio(s) com vínculo ativo na pessoa jurídica CONTRATANTE.**

2. Serão considerados beneficiários dependentes:

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 28 anos incompletos;**

d) **Os tutelados e os menores sob guarda;**

e) **Netos até 21 anos.**

3. O CONTRATANTE é responsável por fornecer à CONTRATADA a relação dos beneficiários titulares e dependentes que serão inscritos no contrato, responsabilizando-se pela comprovação da condição de titularidade e/ou dependência dos inscritos.

4. A inclusão e manutenção dos beneficiários dependentes dependerá da participação do beneficiário titular.

5. A movimentação cadastral de beneficiários promovida pela pessoa jurídica contratante, prevendo inclusões e exclusões, será realizada até o dia 20 (vinte) de cada mês, para vigorar a partir do primeiro dia útil do mês subsequente.

5.1. Nos casos de exclusão, quando o pedido da CONTRATANTE for a pedido do beneficiário titular, a exclusão será imediata, assim que a operadora tomar conhecimento.

6. Quando a data de movimentação cadastral coincidir com sábado, domingo ou feriado, sua apresentação deverá ser antecipada para o dia útil anterior, para que possam as alterações ter vigência a partir do mês subsequente, na forma do item anterior.

6.1. Por se tratar de um contrato em pré-pagamento, em caso de exclusões posteriores à data limite prevista, será gerada a cobrança integral da contraprestação referente ao beneficiário cuja exclusão

foi requerida referente ao mês subsequente, sendo-lhe assegurada a cobertura contratual até o fim do mesmo mês, exceto quando a exclusão for solicitada diretamente pelo beneficiário titular.

7. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se o seguinte:

- a) a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- b) O direito à inscrição independe de o parto ter sido coberto pela CONTRATADA; e
- c) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

8. O recém-nascido sob guarda ou tutela do beneficiário titular pode ser inscrito no plano pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.

9. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, no momento da contratação a CONTRATANTE deverá apresentar à CONTRATADA os documentos que demonstrem sua constituição há, no mínimo, 6 (seis) meses, assim como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal.

9.1. Quando da inclusão do beneficiário, a CONTRATANTE deverá apresentar documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. A prestação da assistência médica ora contratada assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, oferecendo cobertura assistencial da segmentação ambulatorial hospitalar com obstetrícia, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

2. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é taxativo na compreensão dos direitos do beneficiário e encontra-se disponível para livre consulta no site www.ans.gov.br.

3. Os atendimentos serão realizados da seguinte forma:

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, entre os cooperados ou credenciados da CONTRATADA;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: os beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados da CONTRATADA;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose e terapia: os beneficiários serão atendidos através de rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

4. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência do contrato, a rede de prestadores de serviços credenciados da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos no contrato.
5. Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, desde que devidamente credenciados para tanto pela CONTRATADA.
6. Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista.
- 6.1. Para o disposto no item imediatamente acima, o cirurgião dentista somente poderá solicitar ou executar procedimentos previstos nas segmentações ambulatorial hospitalar com obstetrícia, com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, ao tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.
7. A CONTRATADA garantirá cobertura das ações de planejamento familiar previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
8. Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento entre a CONTRATADA e prestadores de serviços de saúde
9. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, previstos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigente à época do evento estão obrigatoriamente cobertos.
10. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, terão cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).
11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura

assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

12. A CONTRATADA garantirá cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

12.1. Para fins de cobertura obrigatória, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde.

13. A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT);
- d) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- e) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- f) cobertura das ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- g) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme previsto neste instrumento, no tema específico;

- h) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- i) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- j) cobertura de quimioterapia oncológica 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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;
- k) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
- k.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da 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); e
- k.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente;
- l) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- m) cobertura dos 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;
- n) cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- o) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas na segmentação ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

14. A segmentação hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não

incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- b) cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- c) cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - c.1) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
 - c.2) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c.3) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - c.4) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
- d) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
 - d.1) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - d.2) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- e) cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- f) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - f.1) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - f.2) idosos a partir dos 60 anos de idade; e

f.3) pessoas com deficiência.

g) cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, para a segmentação hospitalar, 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;

h) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

15. A segmentação obstetrícia compreende os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a.1) pré-parto;

a.2) parto; e

a.3) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES QUE A CONTRATADA NÃO SE RESPONSABILIZARÁ:

a) PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE QUALQUER TIPO DE INTERNAÇÃO, TAXAS, PROCEDIMENTOS, EXAMES, MATERIAIS, HONORÁRIOS PROFISSIONAIS E MEDICAMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

b) PELO TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:

b.1) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;

b.2) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO); OU

b.3) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA/MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL).

c) POR 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.

d) POR 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.

e) PELO TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS.

f) PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.

g) PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NA CLÁUSULA DE COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

- h) PELO FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**
- i) PELOS TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES.**
- j) PELOS CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.**
- k) PELOS ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.**
- l) PELOS PROCEDIMENTOS NÃO ENQUADRADOS NOS CRITÉRIOS DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) ESTABELECIDAS PELA ANS.**
- m) PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR.**
- n) PELOS MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA CASOS DE TRANSPLANTES.**
- o) PARA OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, CONSIDERANDO QUE NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL.**
- p) POR QUAISQUER SERVIÇOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DESTE CONTRATO.**

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Este contrato vigorará por um prazo mínimo de 12 (doze) meses, iniciando-se sua vigência na data de sua assinatura.
2. Após o período mínimo de vigência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.
3. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, a manutenção deste contrato dependerá da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato.



TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os períodos de carências passarão a contar a partir da data de inclusão do beneficiário no plano de saúde.

2. OS PERÍODOS DE CARÊNCIA QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS PELOS BENEFICIÁRIOS SÃO OS SEGUINTEs:
 - A) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS PARA OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, OBSERVANDO AS REGRAS PREVISTAS NA CLÁUSULA ESPECÍFICA;
 - B) 60 (SESSENTA) DIAS PARA CONSULTAS E PARA OS EXAMES SIMPLES REALIZADOS EM NÍVEL AMBULATORIAL SEM ANESTESIA OU SOMENTE COM ANESTESIA LOCAL, DESDE QUE NÃO SEJAM NECESSÁRIOS EQUIPAMENTOS ESPECIAIS E ESTEJAM PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS;
 - C) 90 (NOVENTA) DIAS PARA FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, ATENDIMENTO NUTRICIONAL;
 - D) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS PARA OS DEMAIS PROCEDIMENTOS; E
 - E) 300 (TREZENTOS) DIAS PARA PARTOS A TERMO.

3. Não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência para o beneficiário que ingressar no plano de saúde quando o contrato apresentar número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que a formalização do pedido de ingresso no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do interessado à pessoa jurídica contratante.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) 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.
2. O beneficiário (titular e dependente) 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.

2.1. 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 da CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

3. SENDO CONSTATADA POR PERÍCIA OU NA ENTREVISTA QUALIFICADA OU ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO EXPRESSA DO BENEFICIÁRIO (TITULAR E DEPENDENTE), A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE, A CONTRATADA OFERECERÁ A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.

3.1. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) 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.

3.2. OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE ENCONTRAM-SE ESPECIFICADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

4. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário (titular e/ou dependentes), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano de saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS.

5. 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.

6. 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 UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7. Não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, para o beneficiário que ingressar no plano de saúde quando o contrato

apresentar número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que a formalização do pedido de ingresso no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do interessado à pessoa jurídica contratante.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Considera-se:

a) emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

b) urgência: os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

2. Nos casos de urgência ou emergência o beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços da CONTRATADA, devendo, para tanto, identificar-se como beneficiário, apresentando o cartão de identificação e cédula de identidade ou documento equivalente.

3. A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com o tipo de atendimento.

4. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura ambulatorial limitada à 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

5. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do ingresso do beneficiário no plano de saúde.

6. No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

a) caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

b) caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

b.1) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas em ambulatório;

b.2) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;



- b.3) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura ambulatorial, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora; e
- b.4) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida ou a pedido do CONTRATANTE, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.
7. Em casos de atendimentos de urgência ou emergência em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT), e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados ou decorrentes de doenças ou lesões preexistentes (DLP), a CONTRATADA estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitado até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.
8. A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação de beneficiário cumprindo carência ou cobertura parcial temporária.
9. Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e a unidade prestadora do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.
10. Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
11. Na remoção, 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.
12. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
13. O beneficiário terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados da CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:



- a) relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) conta hospitalar discriminada, incluindo a prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, relação dos materiais e medicamentos;
- c) recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares.

14. O prazo de prescrição para que o beneficiário apresente os documentos acima referidos é de 01 (um) ano contados da data do evento.

15. A CONTRATADA garante que o valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

1. O presente contrato não garante acesso a livre escolha de prestadores.
2. Os beneficiários vinculados ao presente contrato de plano de saúde poderão acessar a rede de prestadores vinculados à CONTRATADA.

TEMA X - MECANISMOS DE REGULACÃO

1. Os procedimentos solicitados pelo médico assistente passarão por análise administrativa e técnica da CONTRATADA.
2. Salvo procedimentos caracterizados como urgência e emergência, o beneficiário, para ter direito aos serviços, deverá observar a necessidade da obtenção de autorização prévia mediante a apresentação do seu cartão de identificação.
3. O presente contrato prevê a cobrança de coparticipação, de acordo com os critérios abaixo.
 - a) 30% nas consultas, eletivas e de urgência/emergência;
 - b) 10% nos demais tipos de atendimento ambulatorial, eletivos e de urgência/emergência, limitado à R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento;
 - c) R\$ 5,00 (cinco reais) por internação não psiquiátrica;
 - d) 50% nas internações psiquiátricas, após o 30º dia de internação por ano de contrato. Considera-se ano de contrato o período de 365 dias contados da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde.

- 3.1. Entende-se como coparticipação a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora, referente à realização do procedimento.
- 3.2. O valor referente ao percentual da co-participação deverá respeitar as normativas eventualmente promulgadas pela ANS.
4. Para fins de atendimento, a CONTRATADA expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.
5. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da CONTRATADA, somente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência.
6. Nas consultas de rotina, o beneficiário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao beneficiário exercer a livre escolha entre os médicos cooperados da UNIMED.
7. Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.
8. Somente nas situações de urgência e emergência, o beneficiário terá direito à internação imediata, desde que respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar.
9. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora, todavia, a CONTRATADA somente garantirá cobertura integral quando realizados na rede credenciada da operadora.
10. A CONTRATADA disponibilizará guia médico no site www.unimedmarilia.com.br, onde constarão:
 - a) relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades, endereço e telefone de seus consultórios;
 - b) relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;
 - c) relação de serviços de urgência/emergência; e
 - d) relação dos hospitais contratados e/ou próprios.
11. É facultada a substituição pela CONTRATADA de entidade hospitalar dela credenciada ou contratada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de



rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar objeto do descredenciamento.

12. Será garantida, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo que caso haja cobrança de honorários estes devem ser suportados pela CONTRATADA.

13. Os procedimentos cobertos por este contrato poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviços de saúde.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

1. O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-estabelecido, considerando que o valor da contraprestação pecuniária é calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas.
2. As mensalidades deverão ser pagas pelo CONTRATANTE até o dia 20 (vinte) de cada mês a que se referir, por intermédio de fatura ou documento correspondente, onde estarão registrados os vencimentos.
3. A mensalidade será calculada em função da idade de cada beneficiário inscrito, acrescido da coparticipação prevista no item específico.
4. Caso o CONTRATANTE não receba o boleto de pagamento até 5 dias do seu vencimento, o mesmo deverá entrar em contato com a operadora.
5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
6. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA quando o beneficiário necessitar da 2ª (segunda) via do cartão de identificação por perda e/ou extravio o valor de R\$ 6,00 (seis reais).
7. É vedada à CONTRATADA efetuar cobrança diretamente dos beneficiários, salvo nos casos de beneficiários incluídos nos planos de inativos (ex-empregados demitidos e exonerados ou aposentados), conforme cláusula específica.



8. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados no presente.
9. A pessoa jurídica contratante declara que financia (total ou parcial) o plano de saúde dos beneficiários vinculados ao contrato, ou seja, a contraprestação pecuniária do plano coletivo é totalmente ou parcialmente financiada pela pessoa jurídica contratante. A pessoa jurídica contratante deverá comunicar a Operadora quando houver qualquer alteração no financiamento do plano de saúde dentro do prazo de 30 dias da alteração.

TEMA XII – REAJUSTE

1. Para o cálculo do percentual de reajuste anual, este contrato poderá ou não integrar o agrupamento de contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, conforme a quantidade de beneficiários verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário. Se o contrato contar com 29 (vinte e nove) beneficiários ou menos, será agregado ao agrupamento; se contar com 30 (trinta) beneficiários ou mais, não será agregado ao agrupamento.
2. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento, no seu aniversário subsequente.
3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO observará o disposto nesse item.
 - a) 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 **Fipe Saúde**. Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro imediatamente anterior ao início do período de aplicação do reajuste.
 - b) Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento, imediatamente posterior ao período ao de cálculo do reajuste.
 - c) Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item a, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
 - d) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.
 - e) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de março e fevereiro subsequente.

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

$$R = (S / S_m) - 1 \times 100$$

Onde: **S** - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

g) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item d, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item a, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3.6. Ficarão disponíveis no site da CONTRATADA www.unimedmarilia.com.br, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

4. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do CONTRATO NÃO AGREGADO AO AGRUPAMENTO observará o disposto nesse item.

a) 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 da **INPC Planos de Saúde**. Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

b) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com mais de 30 (trinta) beneficiários, este será reavaliado de forma individualizada, nos termos descritos a seguir.

c) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (S_m), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apurada no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

$$R = (S / S_m) - 1 \times 100$$

Onde: **S** - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

h) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item b, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item a, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

5. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, 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.
6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
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.
8. Os reajustes efetuados serão comunicados à ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

1. O valor da mensalidade e a variação do reajuste por mudança de faixa etária observará o quadro abaixo.

Idade
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 em diante

2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária.
3. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
4. A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.
5. O reajuste da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária não se confunde com o reajuste anual aplicado no mês de aniversário do contrato.

TEMA XIV – BÔNUS E DESCONTOS

1. O presente contrato não oferece bônus e/ou descontos.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

1. No caso de cancelamento do presente contrato, a CONTRATADA deverá disponibilizar a possibilidade de contratação de plano de saúde do tipo individual/familiar para todos os beneficiários vinculados ao contrato, desde que solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do cancelamento, cabendo à CONTRATANTE (empregadora) informar ao empregado sobre tal cancelamento.

2. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela CONTRATANTE com o beneficiário titular, este e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

3. Nos casos de ex-empregados, demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados, é assegurado ao beneficiário titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que tenha contribuído para o plano de saúde quando da vigência de seu contrato laboral.

3.1. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

4. O período de manutenção da condição de beneficiário de ex-empregados em razão de demissão/exoneração sem justa causa deverá ser o correspondente a um terço (1/3) do tempo de permanência do ex-empregado no plano mantido pela contratante, desde que tenha havido contribuição, não podendo tal período de permanência do ex-empregado no plano mantido ser inferior a 06 (seis) meses, nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua opção de permanência.

5. Em caso de aposentadoria do beneficiário titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado ao beneficiário e aos beneficiários dependentes a ele vinculado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do



contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

5.1. Ao aposentado que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral.

6. O ex-empregado, exonerado/demitido sem justa causa ou aposentado, para ter direito aos benefícios, além de preencher os requisitos necessários para que lhe seja assegurado tal direito, deverá optar expressamente pela manutenção do benefício junto de sua empregadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

7. A garantia de extensão do benefício de que trata este tema é extensivo ao grupo familiar do beneficiário titular exonerado ou demitido sem justa causa, desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho.

8. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes já inscritos no plano de saúde, pelo mesmo período correspondente a que teria direito a permanência o beneficiário titular.

9. O Plano do ex-empregado será cancelado quando:

- a) decurso do prazo;
- b) admissão do beneficiário titular em novo emprego que lhe proporcione acesso a plano de assistência à saúde; e
- c) cancelamento do plano de saúde destinado aos empregados ativos.

10. Será admitida a inclusão posterior apenas de novo cônjuge/companheiro e/ou filhos ainda não inscritos, respeitada a idade limite prevista neste instrumento.

11. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, anualmente, na data de aniversário deste contrato, a CONTRATANTE deverá apresentar a CONTRATADA documentação comprobatória de sua regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos beneficiários titulares.



TEMA XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. Caberá à CONTRATANTE solicitar a exclusão dos beneficiários.
2. A CONTRATADA somente poderá excluir os beneficiários, sem a anuência CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:
 - a) Beneficiário titular:
 - a.1) pela rescisão do presente contrato;
 - a.2) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvado o direito de manutenção na qualidade de inativos (ex-empregados);
 - c) fraude praticada pelo beneficiário titular;
 - d) a pedido do beneficiário titular.
- b) Beneficiário dependente:
 - b.1) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;
 - b.2) a pedido do beneficiário titular;
 - b.3) fraude praticada pelo beneficiário dependente.

TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

1. O não pagamento mensal pela CONTRATANTE, integral ou parcial, por período superior a 30 (trinta) dias contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão ou suspensão do presente contrato, a critério da CONTRATADA, mediante prévia comunicação.
2. Este contrato poderá, ainda, ser rescindido a qualquer momento, quando:
 - a) Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades;
 - b) Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE, seja ela omissiva ou comissiva.
3. No caso de rescisão do presente em razão do não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, de despesas tidas pela CONTRATADA decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.
4. O presente contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, mediante prévia notificação da parte denunciante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.



5. Caso a CONTRATANTE rescinda o presente contrato imotivadamente antes de decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, a CONTRATANTE se obriga a pagar a CONTRATADA, a título de multa, o valor correspondente a 100% (cem por cento) das mensalidades vincendas até que se complete o prazo de vigência de 12 (doze) meses, utilizando-se como base de cálculo a média ponderada do valor pago a título de mensalidade dos meses cumpridos de contrato no período de vigência.

3. Em se tratando se contrato comercializado para empresário individual:

a) É facultado à CONTRATADA suspender ou rescindir o presente contrato, a qualquer tempo, na hipótese de inadimplência das mensalidades e/ou coparticipações, por prazo superior a 30 dias, mediante comunicação prévia, que deverá constar o prazo para a quitação das parcelas vencidas, bem como a data da suspensão/rescisão, no caso de não pagamento;

b) Constatada a ilegitimidade da CONTRATANTE (não regularidade nos órgãos competentes e Receita federal) o contrato será rescindido, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência. Na comunicação deverá constar que a rescisão será realizada se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade de seu registro nos órgãos competentes;

c) Além das hipóteses previstas nos itens “a” e “b”, o presente contrato poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, no mês de aniversário do contrato, nas seguintes hipóteses:

a) qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento;

b) ausência de beneficiários inscritos no contrato; e

c) fraude.

TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Fazem parte do presente contrato:

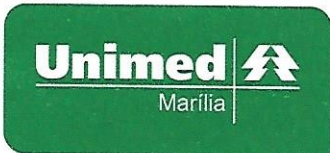
a) A proposta de adesão;

b) A carta de orientação ao beneficiário;

c) A declaração de saúde; e

d) O guia de leitura contratual.





www.unimedmarilia.com.br
 Rua Bororós, 225 - Senador Salgado Filho
 17502-270 Marília-SP
 T. (14) 3402-2500



TEMA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

1. Fica eleito o foro da comarca do CONTRATANTE para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

Marília, 01 de Outubro de 2019.

CONTRATANTE:

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE POMPÉIA
 CNPJ: 44.483.568/0001-86

UNIMED MARÍLIA
 Ana Carolina S. Perdonatto
 Coordenadora de Pós-Vendas

CONTRATADA:

UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
 CNPJ: 66.872.888/0001-60

Testemunhas:

Nome: Gilmar Peronati de Souza
 CPF: 137.257.488-37

Nome: Bruna Nabais da Silva
 CPF: Assistente Administrativo

