



www.unimedmarilia.com.br

Rua Bororós, 225 - Senador Salgado Filho

17502-270 Marília-SP

T. (14) 3402-2500

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES –
EMPRESARIAL – AMBULATORIAL, HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA – COM
ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) – REGISTRO ANS Nº 471.192/14-1.**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: Unimed de Marília Cooperativa de Trabalho Médico.

Nome Fantasia (se houver): Unimed Marília

CNPJ: 66.872.888/0001-60

Registro da Operadora: 336106

Classificação da Operadora: Cooperativa

Endereço: Rua Bororós, 225 – Bairro Salgado Filho – CEP 17.502-270 – Marília/SP

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: Associação Comercial e Empresarial de Pompéia

Nome Fantasia (se houver): -----

CNPJ: 44.483.568/0001-86

Inscrição Estadual: Isento

Data de Abertura: 05/07/1974

Endereço: Av. Expedicionário de Pompéia, 217 – Bairro: Centro - Cidade de Pompéia –
Cep:17.580-000

Representante Legal: Marineves da Silva Barros Souza

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial: Unimed Flex A AHOB Co-Participação Empresarial.

Registro produto na ANS N.º: 471.192/14-1.

TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência saúde, **coletivo empresarial**, para população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como ambulatorial, hospitalar, com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS editado e suas atualizações.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência dos serviços eletivos ora contratados é caracterizada como grupo de municípios.

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, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia e Vera Cruz.**

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva (enfermaria), sendo que as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do beneficiário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.



Tema I: ATRIBUTOS DO CONTRATO

I - 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.

II - 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

I - Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

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

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.**

III - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:


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;**

e) **Netos até 18 anos.**



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

V - 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.

VI - 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.

VII - Os documentos obrigatórios que deverão ser apresentados no ato da contratação são:

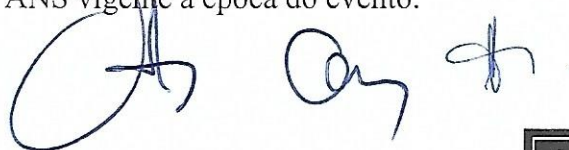
- a) **Cópia do CPF e RG do beneficiário titular.**
- b) **Cópia do CPF e RG de todos os dependentes maiores de 18 anos.**
- c) **Cópia do CPF e RG de todos os dependentes menores de 18 anos, caso portadores. Eventual ausência de documentação citada é indispensável à apresentação e fornecimento de cópia da certidão de nascimento.**
- d) **Em caso de inclusão de cônjuge ou companheiro (a), cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável.**
- e) **Comprovante de residência atualizado, preferencialmente através de conta de telefone fixo.**
- f) **Cartão Nacional de Saúde para todos os titulares e dependentes.**

VIII - A CONTRATANTE deverá encaminhar a proposta de adesão e a cópia dos documentos citados acima até o dia 10 de cada mês, para que seja incluído no primeiro dia do mês subsequente.

IX - Caberá a CONTRATADA exigir que a CONTRATANTE comprove a condição de beneficiário titular/dependente.

Tema III: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

I - 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, no termos do artigo 10 "caput" da Lei nº 9.656/98, oferecendo cobertura assistencial da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.



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

III - Os atendimentos serão realizados da seguinte forma:

IV - Consultas: os beneficiários e seus dependentes serão atendidos no consultório do médico escolhido, entre os cooperados da UNIMED, ou nos serviços de urgências e emergências próprios ou contratados.

V - Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados.

VI - Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente.

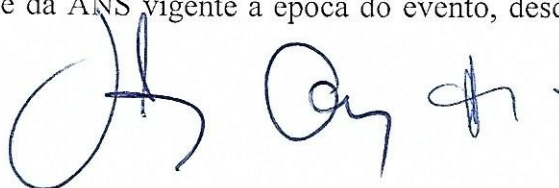
VII - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência no presente contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, respeitadas as condições deste contrato, da Lei nº 9656/98 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

VIII - 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, respeitados os critérios de credenciamento estabelecido pela UNIMED.

IX - Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados pelo cirurgião dentista.

X - São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

XI - Cobertura assistencial para médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, desde que haja indicação clínica para tanto.



XII - 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, estão obrigatoriamente cobertos.

XIII - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm 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.

XIV - 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 Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com a segmentação contratada.

XV - Todas as escopias previstas no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde terão igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagens.

XVI - Cobertura para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Para fins de cobertura, entende-se como saúde ocupacional, o tratamento de "doenças profissionais" como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho.

XVII - A cobertura ambulatorial garante:

XIX - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

XX - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação hospitalar.

XXI - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XXII - Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo credenciados da UNIMED, na quantidade estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização, mediante indicação do médico assistente.

XXIII - Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado e credenciado da UNIMED, mediante indicação do médico assistente.

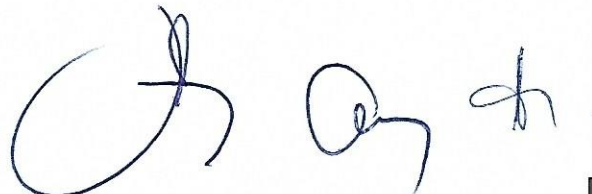
XXIV - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados e pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta credenciados da UNIMED, mediante indicação do médico assistente.

XXV - Cobertura das ações de planejamento familiar previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização da ANS vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial.

XXVI - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.

XXVII - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, ou seja, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, conforme prescrição do médico assistente, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XXVIII - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na legislação vigente, respeitando preferencialmente as seguintes características:



- a) **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, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e**
- b) **medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.**

XXIX - Cobertura dos procedimentos de radioterapia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XXX - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XXXI - Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

XXXII - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

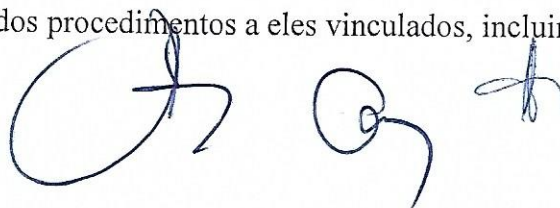
XXXIII - A cobertura hospitalar garante:

XXXIV - Cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar, vedada à limitação de prazo, a critério do médico assistente.

XXXV - Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização.

XXXVI - Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o 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.

XXXVII - Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:



- a) **As despesas assistenciais com doadores vivos;**
- b) **Os medicamentos utilizados durante a internação;**
- c) **O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.**
- d) **As despesas com captação, transporte e captação dos órgãos.**

XXXVIII - Os beneficiários deste contrato candidatos a transplantes de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver 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.

XXXIX - A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

XL - É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o beneficiário receptor.

XLI - Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico assistente.

XLII - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

.XLIII - Cobertura de despesas de hotelaria e alimentação disponibilizada pela entidade hospitalar de 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade ou com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada conforme indicação do médico assistente.

XLIV - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação em ambiente hospitalar do beneficiário.

XLV - 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, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XLVI - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação.

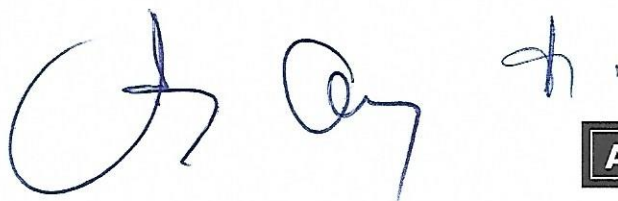
XLVII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, não estética, e que necessitem de ambiente hospitalar, realizado por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

XLVIII - 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 os 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.

XLIX - Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

L - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.

- a) **hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.**
- b) **quimioterapia oncológica ambulatorial.**
- c) **procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.**
- d) **hemoterapia.**
- e) **nutrição parenteral ou enteral.**
- f) **procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.**



g) embolizações previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

h) radiologia intervencionista.

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

j) procedimentos reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

LI - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98.

LII - A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgão e funções, desde que previstos em Lei ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, salvo aqueles casos ocorridos fora da vigência deste contrato, onde será aplicada as regras da cobertura parcial temporária e/ou agravo.

LIII - A cobertura hospitalar com obstetrícia garante:

LIV - Toda a cobertura da segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

LV - Cobertura de 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, assim considerado as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

LVI - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto ou data da adoção, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

LVII - Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro regulamentado pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987.

Tema IV: EXCLUSÕES DE COBERTURA

I - Fica expressamente ajustado entre as partes que a Unimed não se responsabilizará pela prestação dos serviços de qualquer tipo de internação, taxas, procedimentos, exames, materiais, honorários

profissionais e medicamentos abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual e nem aqueles não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.

II - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é:

- a) **Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país;**
- b) **São considerados experimentais pelo conselho federal de medicina (CFM) ou pelo conselho federal de odontologia (CFO);**
- c) **Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Anvisa (uso off-label).**

III - 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.

IV - Inseminação Artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

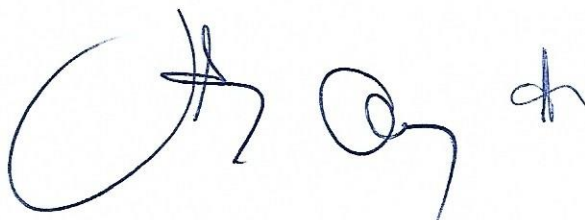
V - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

VI - 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 antineoplásicos orais previstos nas diretrizes de utilização.

VII - 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).

VIII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

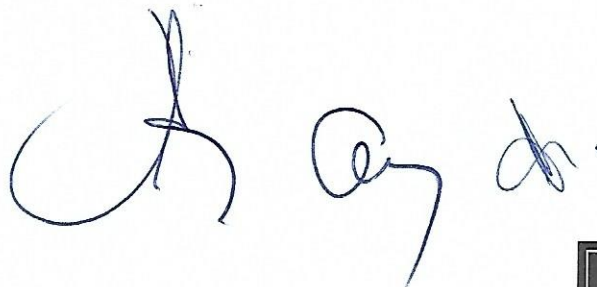
IX - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.



- X - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- XI - Tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- XII - Medicamentos de manutenção para casos de transplantes.
- XIII - Exames para utilização de piscinas em clubes esportivos, ginásticas e praticas esportivas.
- XIV - Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em pleito de terapia intensiva após transplante não coberto, considerando que não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial.
- XV - Atendimento em prestadores de serviços (hospitais, ambulatorios, consultórios, laboratórios etc) localizados fora da área geográfica de abrangência ora contrata ou fora da rede credenciada da Unimed bem como aqueles hospitais considerados de alto custo e/ou que possuem tabela de valores própria, divergente daquela tabela de valores praticada pela Unimed, salvo a exceção constante do artigo 12, inciso VI da Lei 9656/98, resguardada a limitação de valores imposta pelo citado artigo (reembolso correspondente aos valores da tabela praticada pela Operadora).
- XVI - Procedimentos odontológicos de qualquer natureza, salvo aqueles previstos na segmentação ambulatorial ou hospitalar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da ANS.
- XVII - Aplicação de Vacinas
- XIX - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Tema V: DURAÇÃO DO CONTRATO

- I - O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.
- II - 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 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.



Tema VI: PERÍODOS DE CARÊNCIA

I - Os períodos de carências passarão a contar a partir da data de inclusão do beneficiário, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

II - Os períodos de carência que deverão ser observados pelos beneficiários são os seguintes:

III - 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, devidamente comprovados em declaração do médico assistente.

IV - 24 (vinte e quatro) horas para os demais atendimentos de urgência ou emergência (definidos no tema específico), cujo atendimento, nestes casos, limitará a obrigação da UNIMED DE MARÍLIA pelo custeio das despesas das 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial. Caso ocorra a necessidade de internação do beneficiário após o atendimento ambulatorial, as despesas daí decorrentes passam a ser de responsabilidade do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus ou responsabilidade a UNIMED DE MARÍLIA.

V - 60 (sessenta) dias para Consultas e para os Exames/Procedimentos simples e se 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.

VI - 90 (noventa) dias para fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, atendimento nutricional.

VII - 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

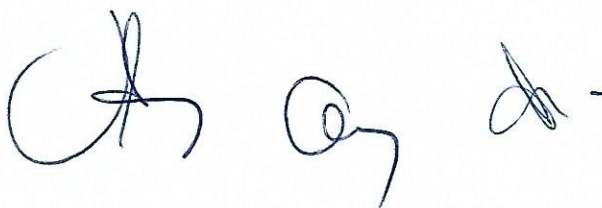
VIII - 300 (trezentos) dias para partos a termo.

IX - A cobertura parcial temporária está especificada no tema VII.

X - 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos.

XI - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica CONTRATANTE.

Tema VII: DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES



I - 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.

II - 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.

III - 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.

IV - 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.

V - 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

VI - 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.

VII - 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.

VIII - 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.

IX - 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.

X - 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.

XI - O oferecimento do Agravo é opcional para a Operadora, ou seja, o contratante/beneficiário não pode fazer a opção sem anuência da Operadora.

XII - 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.

XIII - 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.

XIV - 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.

XV - 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.

XVI - 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.

XVII - 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.

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

XIX - 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.

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

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

XXII - 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.

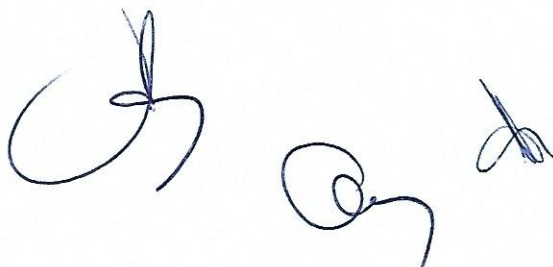
XXIII - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

XXIV - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Tema VIII: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

- a) - **urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e**



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

c) - planejamento familiar.

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

III - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas, caso o beneficiário estiver em período de carência para internação, conforme estabelecido no tema ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

a) - os atendimentos de urgência referentes à complicação no processo gestacional;

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

IV - 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 operadora 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 da CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

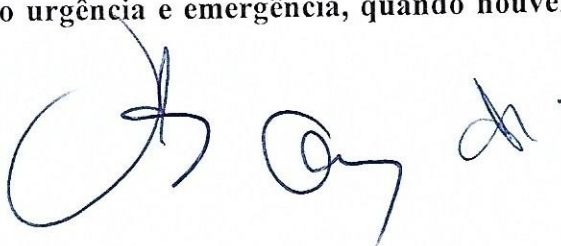
V - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO.

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

a) - 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; e

b) 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.

DA REMOÇÃO PARA O SUS.

VII - 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.

VIII - 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.

IX - 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.

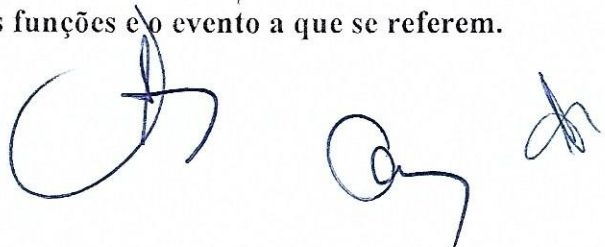
X - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade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

DO REEMBOLSO.

XI - 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, desde que comprovada a dificuldade para a utilização dos serviços.

XII - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) **Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.**
- b) **Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.**
- 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 (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

XIII - 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: Não se aplica neste produto.

Tema X: MECANISMOS DE REGULACÃO

I - Os itens inseridos na Cláusula Cobertura e procedimentos garantidos são taxativos, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

II - Para ter direito aos serviços contratados, a CONTRATANTE pagará a UNIMED DE MARÍLIA, além da mensalidade, uma co-participação.

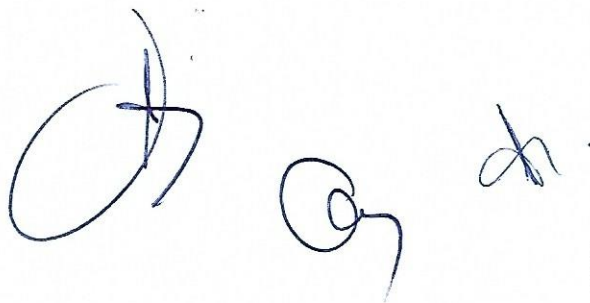
a) **Segmento Ambulatorial:**

Todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo taxas, materiais, medicamentos quando necessário e solicitado pelo médico assistente e os medicamentos antineoplásicos orais para tratamento domiciliar previstos nas Diretrizes de Utilização (DUT) serão cobrados o percentual de 30% (trinta por cento) da tabela Unimed vigente.

b) **Segmento Hospitalar:**

Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Parágrafo Único: 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 plano.



III - Somente não estarão sujeitos a pedido prévio de autorização junto a Unimed de Marília as consultas, os exames/procedimentos simples e aqueles realizados em urgência e emergência, que observarão regra específica.

IV - Para fins de atendimento, a UNIMED DE MARÍLIA expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

V - Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED DE MARÍLIA, somente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei n.º 9.656/98.

VI - 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 DE MARÍLIA.

VII - Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

VIII - Somente nas situações de urgências e emergências, o beneficiário terá direito à internação imediata, respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar, em até 02(dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização.

IX - A UNIMED DE MARÍLIA deverá, salvo intercorrências que a impeçam, emitir sua resposta a solicitação de autorização previa ao CONTRATANTE, no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

X - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista vinculado à sua especialidade.

XI - A UNIMED DE MARÍLIA disponibilizará Guia Médico a ser disponibilizado em seu site com suas atualizações no endereço eletrônico www.unimedmarilia.com.br, onde constarão a relação dos médicos cooperados e prestadores de serviços credenciados.

XII - A inclusão como contratados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência deste

contrato, salvo as hipóteses reguladas pelas cláusulas seguintes combinadas com o artigo 17, seus parágrafos e incisos da lei 9656/98.

XIII - É facultada a substituição pela UNIMED DE MARÍLIA 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.

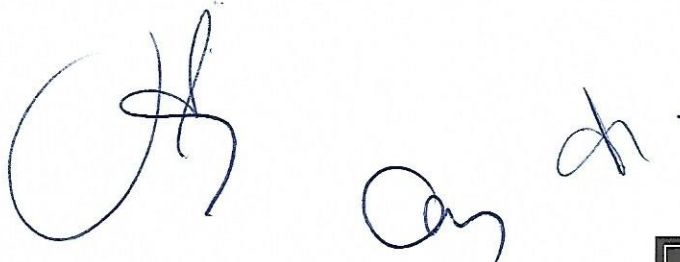
XIV - Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da operadora em razão de fraude ou infração às normas fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato.

XV - Caso a substituição do estabelecimento hospitalar ocorra por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação do beneficiário, caberá a UNIMED DE MARÍLIA arcar com a responsabilidade da transferência imediata para outro estabelecimento dela credenciado, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o CONTRATANTE.

XVI - Caso o redimensionamento da rede hospitalar acarrete redução da rede de prestadores credenciados da UNIMED DE MARÍLIA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

XVII - 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 UNIMED DE MARÍLIA 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 CONTRATANTE.

XVIII - Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos beneficiários na área de atuação da UNIMED DE MARÍLIA, esta orientará o beneficiário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED, sendo que as despesas de locomoção será de acordo com a Resolução Normativa vigente na época do evento.



XIX - A responsabilidade da UNIMED DE MARÍLIA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

XX - As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências serão de responsabilidade do CONTRATANTE

Tema XI: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

- I. O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-estabelecido, ou seja, sendo o valor da contraprestação pecuniária calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas pelo presente.
- II. As mensalidades serão pagas pelo CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, no dia 20 (vinte) de cada mês a que se referir, por intermédio de boleto bancário, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.
- III. Para ter direito aos serviços contratados, o CONTRATANTE pagará a UNIMED DE MARÍLIA, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente), considerando-se a respectiva faixa etária, acrescida da co-participação, conforme regras estabelecidas no Tema "Mecanismo de Regulação".
- IV. 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\$ 6,00 (seis), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
- V. Ocorrendo impuntualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), correção monetária até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
- VI. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED DE MARÍLIA, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED DE MARÍLIA não autoriza qualquer acordo entre os beneficiários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.

VII. 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.

VIII. A pessoa jurídica contratante declara que não financia o plano de saúde dos beneficiários vinculados ao contrato, ou seja, a contraprestação pecuniária do plano coletivo, embora seja de responsabilidade da pessoa jurídica, é integralmente financiada pelo beneficiário. 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

I - O reajuste da contraprestação pecuniária a ser aplicado ao presente contrato dependerá do número de beneficiários vinculados ao contrato, conforme itens abaixo.

a) O contrato de plano de saúde que possuir até 29 (vinte nove) beneficiários vinculados na data de seu aniversário, obrigatoriamente fará parte do agrupamento, ou seja, receberá o reajuste previsto no item IV.

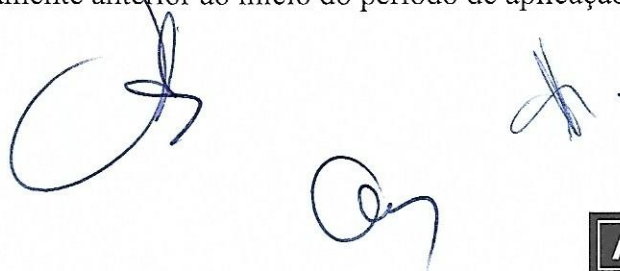
b) O contrato de plano de saúde que possuir 30 (trinta) ou mais beneficiários vinculados na data de seu aniversário não fará parte do agrupamento, ou seja, receberá o reajuste previsto no item V.

II - 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.

III - Ficarão disponíveis no site 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.

IV - 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 abril e março 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.

V - 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 **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 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% (Sm), 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:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

e) 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.

VI - 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.

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

VIII - 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.

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

X - Tratando-se de plano exclusivo para ex-empregados, observar-se-á:

a) para fins de aplicação de reajuste, a carteira de planos de ex-empregados da operadora será tratada de forma unificada e que será adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

b) será divulgado no site www.unimedmarilia.com.br o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Tema XIII: FAIXAS ETÁRIAS





www.unimedmarilia.com.br

Rua Bororós, 225 - Senador Salgado Filho

17502-270 Marília-SP

T. (14) 3402-2500

I - 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.

II - As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

FAIXA ETÁRIA
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

III - 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.

IV - 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;

V - 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.

VI - Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) 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 XIV: Não se aplica neste produto.

Tema XV: REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS

Das Condições de Permanência no Plano

Do Demitido

I - A CONTRATADA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Unimed o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

II - O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a comunicação e ciência do benefício.

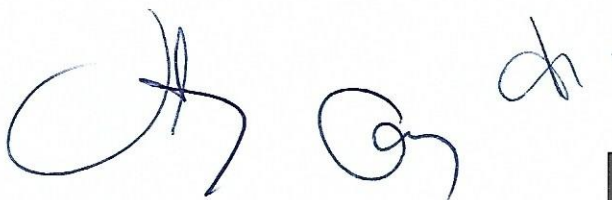
III - O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Do Aposentado

IV - A Unimed assegura ao beneficiário titular que se ocorrer a aposentaria e tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Unimed o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

V - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Comunicação ao Beneficiário



VI - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicação da CONTRATANTE, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio.

VII - A Unimed de Marília, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica contratante que lhe informe:

- a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o beneficiário foi demitido ou exonerado sem justa causa;
- c) se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- d) por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

VIII - A exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas na Resolução vigente na época do evento.

Direito de Manutenção dos Dependentes

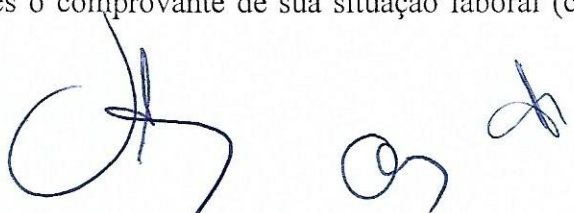
IX - Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

Das vantagens obtidas em negociações Coletivas de Trabalho

X - O direito assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Da extinção do Direito Assegurado

XI - A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em outro emprego, motivo pelo qual o beneficiário titular deverá apresentar a cada 3 (três) meses o comprovante de sua situação laboral (carteira de trabalho) sob pena de exclusão do plano.



XII - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

XIII - Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

XIV - No caso de rescisão contratual, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, observando a legislação vigente na época do evento, desde que:

- a) A Unimed disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

XV - Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Do pagamento

XVI - O atraso do pagamento das mensalidades pelo beneficiário inativo superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

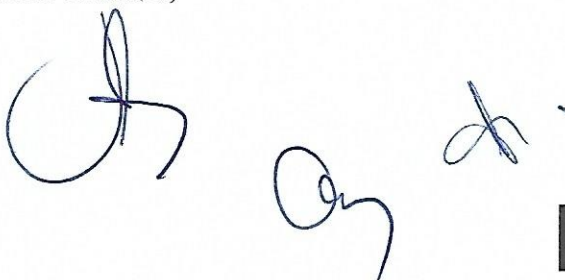
XVII - A CONTRATADA deverá comunicar por escrito a CONTRATANTE que as despesas decorrentes desse período será cobrado na próxima fatura da CONTRATANTE.

Tema XVI: CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

Beneficiário Titular

- a) pela rescisão do presente contrato;



- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98, observando o disposto no item VII do tema XV do presente instrumento;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

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.

II - Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

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

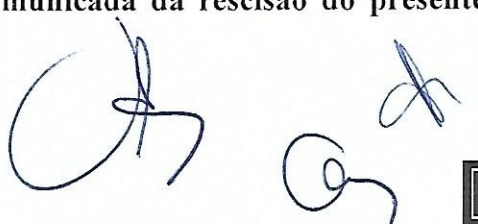
- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Tema XVII: RESCISÃO

I - O não pagamento mensal pela CONTRATANTE, integral ou parcial, por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão ou suspensão do presente contrato a critério da UNIMED DE MARÍLIA.

II - Este contrato ainda poderá 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. A CONTRATANTE será comunicada da rescisão do presente mediante simples notificação extrajudicial.**



III - Caso a UNIMED DE MARÍLIA opte pela suspensão do presente contrato, esta poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso do pagamento vencido independentemente de notificação, o que desde já se declara ciente a CONTRATANTE.

Eventual suspensão dos serviços oferecidos pelo presente não afasta o direito da UNIMED DE MARÍLIA em proceder a rescisão deste contrato.

IV - 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 UNIMED DE MARÍLIA decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.

V - 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.

VI - 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 UNIMED DE MARÍLIA, 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.

Tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS


I - 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).

Tema XIX: ELEIÇÃO DE FORO



I - 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.

Marília/SP, 01 de outubro de 2016.

Contratante:


Associação Comercial e Empresarial de Pompéia
CNPJ: 44.483.568/0001-86

Contratada:

 
Unimed de Marília Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 66.872.888/0001-60

Valdenice Ap. Lacerda
R.G. 24.279.549-3
CPF: 134.535.638-24
Associação Comercial de Pompéia

Testemunhas:

