Estadual Básico

"Cooperativismo, caminho para a Democracia e a Paz"

Unimed

Federação das Unimeds
do Estado de São Paulo

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
COLETIVO POR ADESÃO – PLANO BÁSICO
Registro ANS nº 402.725/98-6

I - CONTRATADA: UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, Operadora de Saúde Classificada como Cooperativa Médica e registrada junto à Agência Nacional de Saúde Supiementar (ANS) sob o n.º 319996, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 43.643.139/0001-66, com sede na Rua José Getúlio n. 78/90 – Aclimação – São Paulo – SP – CEP 01509-000, representada na forma de seu estatuto social.

II - CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DE SENAI – AES, inscrito no CNPJ sob nº 49.642.598/0001-01, com sede na Al. Barão de Limeira, 539, Santa Cecília – São Paulo/SP, neste ato representado por seu Diretor Presidente Sr. Mário Zanoni Adolfo Cintra, de acordo com seu estatuto social.

Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e UNIMED, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

III – OBJETO DO CONTRATO

1. A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos empregados, associados, sindicalizados, filiados e/ou diretores da CONTRATANTE e a seus dependentes, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

IV – Natureza do contrato

1. O presente contrato se caracteriza pela contratação coletiva e bilateral, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro e artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

Rua Jos
CEP

29/12/2006 14:17

00120060304427

ANS Nº 319996

Cristiane Okanobo
OAB/SP 186163

V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS
Nome do Plano: Coletivo por Adesão
Registro do Plano na ANS: 402.725/98-6

VI – TIPO DE CONTRATAÇÃO
1. O presente contrato caracteriza-se pela contratação coletiva por adesão espontânea e opcional do publico alvo delineado no objeto, devendo a CONTRATANTE colher a opção do usuário interessado por escrito.

VII – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
1. A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como plano ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o rol de procedimentos por esta editada.

VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE
1. A abrangência deste contrato é ESTADUAL, sendo que a prestação de serviços eletivos abrangerá exclusivamente as cidades do Estado de São Paulo, de acordo com a área de ação da UNIMED local e em conformidade com o Guia Médico. Para os casos de urgência e emergência, a abrangência será NACIONAL.

IX – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
1.Em caso de internação hospitalar, o padrão de acomodação disponibilizado aos beneficiários deste contrato será em quarto coletivo. Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados, será assegurado ao consumidor o acesso à acomodação superior, sem qualquer ônus adicional, conforme previsto no artigo 33 da Lei 9656/98.

X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
1. São considerados "usuários titulares", para efeito deste contrato, os membros da entidade CONTRATANTE, independentemente do cargo que venham a ocupar, que venham a ser inscritos no plano.

2. Serão considerados "usuários dependentes" aqueles que mantenham com o usuário titular uma das seguintes relações:
a) – Cônjuge;
b) - Filhos (as) solteiros (as) de qualquer condição até 25 anos (completos);
c) – Filhos (as) solteiros(as) inválidos(as);
d) – Pai e/ou mãe de associados ou empregados da AES;
e) – Equipara-se ao cônjuge o companheiro ou companheira que comprove união estável como entidade familiar;

f) – equiparam-se aos filhos aqueles sob guarda ou tutela e os enteados;
g) – sogro e/ou sogra de associados ou empregados da AES.

3. Responsabiliza-se a CONTRATANTE pela relação de dependência dos inscritos, comprovando-a através da apresentação de documentos.

4. Nenhuma indicação de dependente terá valor se não constar da proposta inicial, exceto nos casos previstos neste contrato, ou de pedido de inclusão, devidamente aprovado pela UNIMED.

5. Aos filhos dependentes que perderem essa condição, será facultado o direito de firmar novo contrato com a UNIMED, na modalidade individual/familiar, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da perda da condição de dependentes, ficando dispensados de cumprir os prazos de carência para as coberturas que já teriam direito.

6. O presente contrato prevê cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto ou adoção.

7. É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carências, agravo ou Cobertura Parcial Temporária, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

8. O filho adotivo menor de 12 anos será considerado dependente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo adotante.

9. Se o titular do plano contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, para que seu cônjuge seja considerado usuário dependente, deverá ser inscrito dentro do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do casamento, devendo pagar a taxa de inscrição e vigorando, a partir desta data, a obrigação de pagamento de mensalidade para o novo usuário.

10. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer, no ato da assinatura do presente contrato, relação dos usuários que serão inscritos como titulares e dependentes, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos e comprovação de vínculo associativo do usuário titular.

11. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à UNIMED, mensalmente, por escrito ou por meio magnético, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as novas inclusões e exclusões de usuários no plano ora contratado, remetendo os documentos oficialmente instituídos e comprovação de vínculo, associativo ou sindical, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subseqüente a da inclusão.

12. Compete à CONTRATANTE, quando do fornecimento da lista de dependentes, justificar o vínculo de dependência ou parentesco, comprovando-o quando

Shirley Fátima Rive
Relações Empresariais

Cristiane Okinoba
OAB/SP 196163

necessário, por todos os meios de prova em direito admissíveis para o caso.

XI – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. O presente contrato garante cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID 10 da Organização Mundial de Saúde, através de normas e procedimentos contidos no Rol de Procedimentos inserido na Resolução Normativa n.º 82/04 da ANS, vigente na data da celebração do presente contrato.

2. Os usuários farão jus, cumpridas as respectivas carências, quando for o caso, e dentro dos limites deste contrato, aos seguintes serviços:
a) Consultas Médicas.
b) Serviços Ambulatoriais - quando solicitados e justificados por médico assistente/cooperado, em guia de pedido de exames e procedimentos da UNIMED.
c) Internações Hospitalares - quando solicitadas e justificadas por médico assistente/cooperado, em guia de pedido de internação hospitalar.
d) Atendimentos em Pronto-Socorros em caráter de urgência e emergência

2.1 Consultas Médicas.
2.1.1 Consultas médicas, sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.1.2 Nas consultas de rotina, o usuário será atendido pelo médico assistente/cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao usuário exercer a livre escolha dentre os listados no guia de serviços médicos da UNIMED.

2.1.3 Nas consultas médicas de urgência/emergência, o usuário será atendido no Pronto Atendimento da UNIMED ou nos hospitais por ela credenciados.

2.2 Serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico
2.2.1 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, dentro da cobertura prevista neste contrato, solicitados pelo médico assistente/cooperado.

2.2.2 Os serviços deverão ser solicitados em guia própria da UNIMED e ter a autorização prévia para sua realização, quando necessário.

2.2.3 Os usuários terão direito, também, à cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia ambulatorial;
c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc) ;
d) hemoterapia ambulatorial;
e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
f) fonoaudiologia, limitado a 20 (vinte) sessões ano por usuário;
g) oxigenoterapia hiperbárica.

Simone Aparecida Silva
Relações Empresariais

Cristiane Okamoto
OAB/SP 186163

2.3. Internações Hospitalares

2.3.1 Internações clínicas e cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados por ato do Ministério da Saúde.

2.3.2 As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED, sem limitação de prazo, independentemente do padrão de acomodação, competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação.

2.3.3 Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados é assegurado ao consumidor o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus, conforme previsto no artigo 33 da Lei 9656/98.

2.3.4 A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com diárias e taxas hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo usuário, prescritos pelos médicos assistentes/cooperados e cobertura de cirurgias buco-maxilofacial e dos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5.º, incisos I e II da Resolução Consu n. 10/98 (a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; d) hemoterapia; e) nutrição parenteral e enteral; f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica; g) embolizações e radiologia intervencionista; h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; i) fisioterapia; j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção).

2.3.5 Na hipótese de usuários menores de 18 anos e com idade a partir de 60 anos, a internação compreenderá além da cobertura prevista neste contrato, as despesas de acompanhante no hospital, dentro dos limites deste contrato.

2.3.6 Nos casos de transtornos psiquiátricos os Usuários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10, com as seguintes características:

2.3.6.1 Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

2.3.6.2 Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano de contrato, não cumulativas.

Simone Lima Silva
Relações Empresariais

2.3.6.3 Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente/cooperado.

2.3.6.4 No caso de transtornos psiquiátricos, o presente contrato cobre:

a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além de oito semanas a mais de tratamento em regime de hospital-dia. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a 79 e F90 a F98 relacionados ao CID 10, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

2.3.6.5 Não serão cobertas as internações psiquiátricas que excederem as coberturas especificadas nas cláusulas acima enumeradas. A CONTRATANTE poderá solicitar que esses procedimentos sejam efetuados em serviço prestado (Custo Operacional), responsabilizando-se pelos custos assistenciais decorrente desses procedimentos.

2.3.7 Os usuários terão direito somente a transplantes de Rim e Córnea, de acordo com a Resolução do CONSU nº 12/98. Não serão cobertos transplantes de outros órgãos que não estão previstos na Lei 9656/98.

2.3.8 Os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos -CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

2.3.9 A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos -CNCDOs integrantes do sistema nacional de transplante.

2.3.10 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - portaria GM n.º 3407 de 05/08/98 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto a forma e autorização e cadastro junto ao sistema nacional de transplante - SNT.

2.3.11 É de competência privativa das centrais de notificação, capacitação e distribuição de órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

Simone Pinho Silva
Relações Empresariais

a) determinar o encaminhamento de equipe especializada
b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

2.3.12 Os usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

2.3.13 Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
I. Despesas assistenciais com doadores vivos;
II. Medicamentos utilizados durante a internação;
III. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
IV. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

2.3.14 Os usuários terão cobertura para o fornecimento de Prótese e Órtese, bem como de seus respectivos acessórios, desde que ligado ao ato cirúrgico coberto por este contrato.

2.3.15 Os usuários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

2.3.16 Os recém nascidos e os recém nascidos adotados pelo usuário terão direito a receber atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida/adoção, mediante a utilização do cartão individual de identificação do usuário, na forma estabelecida na alínea "a" e "b", inciso III, artigo 12, da Lei nº 9656/98.

2.4 Durante os atendimentos de urgência e/ou emergência e nas internações, os atos médicos indispensáveis a sua continuidade e não cobertos por este contrato, serão de responsabilidade da CONTRATANTE, que os pagará de acordo com a tabela vigente de honorários da Associação Médica Brasileira e da fatura do prestador de serviço, de acordo com autorização expressa da CONTRATANTE.

XII – EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que **A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS.**

2. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

A) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA

Simone Fátima Silva
Balcões Empresariais

NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

B) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

C) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL, E DE ACORDO COM AS SUAS LIMITAÇÕES;

D) TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;

E) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;

F) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS; TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO; CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

G) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS, COSMÉTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA´S OU CLINICAS DE EMAGRECIMENTO, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS; RESSALTA-SE PARA APLICAÇÃO DESTE ITEM OS CASOS COBERTOS DE OBESIDADE MÓRBIDA;

H) ESCLEROTERAPIA DE VARIZES;

I) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DE NATUREZA ESTÉTICA EM GERAL; CIRURGIA PLÁSTICA PÓS GASTROPLASTIA (CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA);

J) CIRURGIA REFRATIVA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA PARA CASOS COM GRAU INFERIOR A 7 (SETE);

K) TRATAMENTOS CLÍNICOS E/ OU CIRURGIAS, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO; TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADREM NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

L) VASECTOMIA BILATERAL E LAQUEADURA TUBÁRIA PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR, BEM COMO SUA REVERSÃO (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES); PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA;

M) IMPLANTE E TRANSPLANTE DE: FÍGADO; CORAÇÃO; MEDULA; PÂNCREAS; PULMÃO; OU OUTRO DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO O DE RIM E CÓRNEA;

N) DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS;

O) COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSPLANTE OU RETIRADA DO ÓRGÃO DO DOADOR; COM EXCEÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DOS TRANSPLANTES DE RIM E CÓRNEA;

P) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA;

Q) PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

R) EXAME DE PATERNIDADE;

S) IMPLANTAÇÃO E RETIRADA DE DIU (DISPOSITIVO INTRA UTERINO) OU QUALQUER OUTRO MÉTODO CONTRACEPTIVO;

T) ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS, E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS;

U) NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

3. MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ÓRTESES E PRÓTESES:

A) AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;

B) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

C) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;

D) MATERIAIS E MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

E) MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.) E NÃO

Simone Fernandes Silva
Assistente Administrativa

REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA;

F) VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO).

4. ATENDIMENTO DOMICILIAR:

A) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

B) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;

C) MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

D) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;

E) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

5. DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:

A) DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO USUÁRIO TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGO-BAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO. CASO OCORRAM, SERÃO CUSTEADAS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO;

B) DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO USUÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;

C) INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, ALTO CUSTO/HOSPITAL DIFERENCIADO E TABELA PRÓPRIA;

D) ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI 9.656/98;

E) TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO. EXCETO ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS E MAIORES DE 60 ANOS;

F) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

Cristiane Olianobo
OAB/SP 196103

G) AINDA, NÃO FAZEM PARTE DESTA COBERTURA CONTRATUAL OS SEGUINTES HOSPITAIS: HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL SANTA CATARINA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DO CORAÇÃO, HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ, HOSPITAL BRASIL LOCALIZADO EM SANTO ANDRÉ E DEMAIS LOCALIDADES QUE POSSUEM HOSPITAIS QUE OPERAM COM TABELA PRÓPRIA, INDEPENDENTEMENTE DE INTEGRAREM A REDE CREDENCIADA DA UNIMED LOCAL.

6. OUTROS:

A) PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED;

B) MEDICINA DO TRABALHO: EXAMES OCUPACIONAIS (ADMISSÃO, RETORNO AO TRABALHO, DEMISSÃO, PERIÓDICO E MUDANÇA DE FUNÇÃO), TRATAMENTO E INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM OS ACIDENTES DE TRABALHO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, RESSALVADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO USUÁRIO QUE SERÁ ENCAMINHANDO EM SEGUIDA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS; MOLÉSTIAS PROFISSIONAIS, ASSIM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A TERAPIA OCUPACIONAL;

C) PSICOLOGIA (AVALIAÇÕES E SESSÕES DE PSICOTERAPIA OU PSICANÁLISE), REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG), HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA, TERAPIA OCUPACIONAL;

D) NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO;

E) ATENDIMENTO EM CASOS DE CALAMIDADE PÚBLICA, CONFLITOS SOCIAIS, GUERRAS, REVOLUÇÕES, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

F) NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED ONDE O USUÁRIO ESTA INSCRITO, ESTA O ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRA UNIMED. AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO;

G) QUALQUER PROCEDIMENTO OU TRATAMENTO ACORDADO DIRETAMENTE COM O MÉDICO, POR MERA LIBERALIDADE DO USUÁRIO, E QUE TENHA SIDO FORMULADO FORA DA COBERTURA CONTRATUAL.

Sônia Fátima Silva
Analista Empresarial

XIII – VIGÊNCIA

O presente contrato passa a vigorar por prazo indeterminado, nos termos IN nº 11 de 07 de junho de 2005, Anexo I, e artigo 13 da Lei nº 9656/98, a partir da data da assinatura do contrato.

XV – PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os períodos de carências passarão a contar a partir do dia 1º que corresponderá à data de adesão do usuário realizada por meio da CONTRATANTE, 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.

1.1 Os usuários cadastrados no início da vigência do contrato e em até 03 (três) meses contados a partir da assinatura do presente instrumento, não sujeitar-se-ão ao cumprimento das carências constantes neste item. Entende-se que este período será uma exceção tratada como campanha promocional.

2.Os períodos de carência que deverão ser observados pelos Usuários são os seguintes:

2.1. 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência definidos como acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, ou emergências definidas como implicação em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente inclusive as emergências psiquiátricas.

2.2. 30 (trinta) dias para Consultas e para os Exames abaixo elencados, 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 editado pela Agência Nacional de Saúde.

Exames / Procedimentos (até 300 Uts)	Carência
1. Análises clínicas;	30 (trinta dias)
2. Audiometria;	
3. Biópsia;	
4. Citopatologia (exceto necropsia);	
5. Colposcopia e colpocitologia;	
6. Densitometria Óssea;	
7. Ecocardiograma bidimensional com doppler;	
8. Eletrocardiograma;	
9. Eletroencefalograma;	
10. Eletromiografia, neurofisiologia clínica;	
11. Eletrococleografia;	

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

12. Endoscopia;	
13. Exames radiológicos simples e contrastados (exceto neuro-radiologia, procedimentos especiais e radiologia intervencionista);	
14. Exames e testes alergológicos;	
15 Exames e testes oftalmológicos;	
16. Exames e testes otorrinolaringológicos;	
17. Holter;	
14. Inaloterapia;	
15. Liquor;	
16. Mamografia;	
17. Potencial evocado;	
18. Prova de função pulmonar;	
19. Teste ergométrico;	
20. Ultra-sonografia.	

2.3. 90 (noventa) dias para fisioterapia e pequenos procedimentos ambulatoriais (até 300 UTs), 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 editado pela Agência Nacional de Saúde.

2.4. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, cobertas por este contrato, inclusive as referentes à saúde mental, exceto partos, demais exames e procedimentos cobertos por este contrato constantes no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com a cobertura prevista na Lei nº 9.656/98, respeitando-se os limites e restrições e especificações de exclusões de cobertura.

2.5. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

2.6. 180 (trezentos) dias para eventos obstétricos não relacionados a partos a termo.

XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. A entrevista qualificada se constitui no preenchimento, pelo beneficiário do contrato, de formulário específico de Declaração de Saúde, fornecido pela UNIMED, tendo como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças e/ou lesões de que tenha conhecimento.

2. Para orientar o usuário no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, a UNIMED disponibilizará relação de médicos cooperados para sua livre escolha, sem quaisquer ônus financeiros; e, caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED,

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

Cristiane Okanobo
OAB/SP 188103

poderá fazê-lo desde que assuma o pagamento das despesas decorrentes dessa entrevista.

3. É condição prévia para a inclusão do usuário a realização da entrevista qualificada.

4. O usuário realizará exames quando da realização da entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

5. Fica a critério da UNIMED, ainda, a solicitação, durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações dos usuários na entrevista qualificada, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

6. Ficam os usuários obrigados a informar à UNIMED, por ocasião da entrevista qualificada, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeitos à denúncia do contrato, nos termos do artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98, mediante instauração do competente processo para apuração junto à ANS, nos termos da Resolução CONSU n.º 02/98.

7. Sendo constatada, pela UNIMED, mediante perícia médica ou na entrevista qualificada, através de declaração expressa do beneficiário, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, e que seja necessária internação hospitalar, serão oferecidas as alternativas de Cobertura Parcial Temporária, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou agravo do contrato, a escolha do contratante, através de declaração expressa.

8. Sendo constatada pela UNIMED, por perícia ou na entrevista qualificada, a existência de transtorno psiquiátrico por uso de substâncias químicas, que necessite de internação hospitalar, ligadas a leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, nos termos do artigo 4.º da Resolução CONSU N.º 11/98, serão oferecidas as alternativas de Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou agravo do contrato, a escolha do contratante, através de declaração expressa.

9. O valor correspondente ao agravo será previamente informado ao usuário.

10. Entende-se como "Cobertura Parcial Temporária" aquela que admite, no prazo de 24 (vinte e quatro meses), a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes, constantes no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11. Entende-se por agravo o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, no caso do consumidor apresentar doença ou lesão preexistente, conforme Resolução CONSU n. 02/98.

Simone Cristina Silva
Relações Empresariais

12. Caso o número de adesões ao presente contrato seja igual ou superior a 50 (cinqüenta) vidas, não haverá a instituição de agravo, ou Cobertura Parcial Temporária. Havendo adesões em quantidade menor do que 50 (cinqüenta) vidas, haverá a instituição regular de agravo ou Cobertura Parcial Temporária, para as doenças e lesões preexistentes, nos termos previstos neste contrato.

XVII – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Nos casos de urgência ou emergência, após cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os beneficiários poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste contrato, conforme previsto na Resolução CONSU n.º 13/98, devendo, para tanto, identificarem-se como beneficiários e apresentar a respectiva carteira de identificação.

2. As coberturas de procedimentos de urgência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos beneficiários, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

3. Quando o atendimento de urgência ou emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, no decorrer do período de carência ou da cobertura parcial temporária de doenças ou lesões preexistentes, a cobertura disponibilizada estará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, desde que autorizado expressamente pela mesma, não cabendo ônus à UNIMED.

4. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de complicações inerentes à condição gestacional, ainda estando a usuária em período de carência, será assegurado o atendimento ambulatorial, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, a cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED.

5. Nas situações de urgência ou emergência em que a cobertura assegurada seja apenas ambulatorial, nas primeiras 12 (doze) horas, quando necessária a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar em tempo menor do que 12 (doze) horas de atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED.

6. Nos casos de urgência e emergência quando restar comprovada a não

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo Usuário, conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela UNIMED aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da UNIMED para atribuições de valores a despesas hospitalares e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos de acordo com a UT – Unidade de Trabalho e outros índices vigentes. Os materiais e medicamentos serão reembolsados de acordo as Tabelas Brasíndice e SIMPRO na rubrica "preço fábrica", que são os preços praticados junto a rede de atendimento da UNIMED. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsadas pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação da nota fiscal competente.

7. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:
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 usuário.

8. O Usuário perderá o direito de pleitear o reembolso decorridos doze meses da data do evento.

9. No plano com cobertura hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

10. Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como próprio do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da UNIMED.

11. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão).

Suzana Fátima Silva
Relações Empresariais

XVIII – REMOÇÃO

1. Os usuários terão direito a remoção inter-hospitalar terrestre, dentro dos limites de

abrangência geográfica prevista neste contrato, exclusivamente em território brasileiro.

2. Quando houver acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, o usuário terá direito ao atendimento de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Nesses casos, sendo necessária a continuidade do tratamento, ou sendo necessária a internação hospitalar, o usuário terá direito à remoção para a unidade hospitalar mais próxima credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

XX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Para fins de atendimento a UNIMED expedirá cartão de identificação aos usuários, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências, e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste contrato.

2. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, dentro das regras operacionais da UNIMED, quando for o caso, mediante sua autorização prévia, somente aos usuários inscritos, desde que portadores do cartão de identificação e documento de identidade legalmente reconhecido.

3. Não estarão sujeitos à autorização prévia da UNIMED as consultas médicas e exames laboratoriais de patologia clínica considerados simples e de rotina, como: exame de sangue, urina e parasitológico, raio X simples, (exceto Mamografia, densitometria óssea, neuro-radiologia, angiografias e radiologia intervencionista) e eletrocardiograma.

4. Os Demais procedimentos, exames e internações deverão receber autorização prévia na sede administrativa da UNIMED ou em seus escritórios regionais.

5. Os Usuários terão direito a tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado/assistente em impresso apropriado, mediante autorização prévia, que será obtida na sede ou escritórios regionais da UNIMED no horário comercial e, serão realizados nos consultórios, clínicas e hospitais credenciados pela UNIMED.

6. Mesmo que façam parte do Sistema Unimed não serão autorizados procedimentos ambulatoriais/hospitalares em clínicas e hospitais que tenham tabela de preços diferente da rede credenciada pela UNIMED

7 Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos usuários na área de atuação da UNIMED, esta os orientará para atendimento em outra Cooperativa integrante do SISTEMA UNIMED.

Simone Ferreira Silva
Relações Empresariais

8. A UNIMED fornecerá ao beneficiário, no ato da adesão, um "Guia Médico de Serviços", onde constará a relação dos hospitais contratados, médicos cooperados, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgência e emergência, dentro de sua área de abrangência geográfica.

9. A utilização de recursos médicos hospitalares fora da área de abrangência da UNIMED, sem o prévio encaminhamento desta, implica ao usuário a assunção de todas as despesas decorrentes desta opção.

10 A responsabilidade da UNIMED 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, exceto se o usuário do contrato estiver internado, conforme dispõe o art. 13, III da Lei 9.656/98.

11. Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo usuário, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais terá a UNIMED, quando entender necessário, através de seu corpo de médicos auditores, direito a que os documentos e o referido usuário seja submetido a avaliação prévia.

12. Esta análise será realizada no máximo de 01 (um) dia útil contado da solicitação da autorização.

13. A UNIMED garantirá, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo cooperado solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.

14. Nas hipóteses de urgência ou emergência, o usuário, terá direito a internação imediata, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED, até 02 dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da UNIMED não se responsabilizar por qualquer despesa.

15. Quando houver necessidade de internação, esta se fará somente nos hospitais credenciados pela UNIMED, ou disponibilizados pela UNIMED do local onde se dê o atendimento, segundo a cobertura disponibilizada neste contrato, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa autorização ou não dos procedimentos pelo UNIMED.

16. Os usuários receberão autorização e informações na sede administrativa da UNIMED ou em seus escritórios regionais, situados na área geográfica de abrangência deste contrato.

17. A UNIMED se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, na medida dos limites da cobertura contratada.

Simone Cristina Silva
Relações Empresariais

Cristiane Okanobo
OAB/SP 188163

18. É obrigação do CONTRATANTE em caso de exclusão de dependentes, rescisão ou resolução deste contrato, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos, até os prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução do presente, qualquer responsabilidade da UNIMED em relação ao uso indevido desses documentos.

19. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimentos, mesmo que na forma contratada, pelos usuários titulares ou dependentes, que perderem essa condição por exclusão. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deve informar, por escrito, o fato a UNIMED, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

20. A não comunicação do ocorrido acarretará ao CONTRATANTE a responsabilidade pela utilização indevida do referido cartão.
Para emissão da segunda via do cartão de identificação, deverão ser respeitadas as normas vigentes na UNIMED.

21. Fica estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes da utilização indevida, no caso da não comunicação de separação conjugal, poderão ensejar a cobrança, judicial ou extrajudicial, das quantias eventualmente devidas à UNIMED.

22. É facultada a substituição de entidade hospitalar contratada, referenciada ou credenciada pela UNIMED, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores, e à ANS, com (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

23. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere parágrafo acima ocorrer por vontade da UNIMED durante período de internação do usuário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a UNIMED, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

24. Excetuam-se do previsto no item anterior os de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a UNIMED arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o usuário.

XXI - FORMAÇÃO DO PREÇO

1. A CONTRATANTE pagará à UNIMED, uma só vez, o montante inerente à taxa de inscrição, no valor de R$ 65,49 por usuário.

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

Cristiane Okamoto
OAB/SP 186163

1.1 – Fica acordado que serão isentos da taxa prevista no item 1 acima, todos os usuários que migrarem do CONTRATO FEDERATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES, firmado entre a UNIMED e a CONTRATANTE, em 01 de fevereiro de 1998".

2. Para ter direito aos serviços contratados a CONTRATANTE pagará à UNIMED, a mensalidade calculada em função de cada usuário inscrito (titular ou dependente), cujos valores constam em anexo considerando-se a respectiva faixa etária.

3. As mensalidades serão pagas pela CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, no 15º (décimo quinto) dia de cada mês a que se referir, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

4. A CONTRATANTE pagará à UNIMED, por usuário inscrito, exceto na hipótese do item 1.1 desta cláusula, e a cada nova inclusão, a taxa de inscrição e a quantia correspondente à mensalidade, estipuladas na Proposta de Admissão e tabela do plano à época, de acordo com a faixa etária de cada usuário, descrita abaixo, cujos valores constarão em aditamento contratual.

5. As mensalidades serão pagas pelo CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, por intermédio de boletos bancários de cada mês a que se referirem, onde estarão registrados os vencimentos das mensalidades.

6. Por opção da CONTRATANTE, faz-se constar neste Contrato a previsão de fator moderador para usufruir os serviços, objeto deste instrumento, estabelecendo-se o percentual de 20% (vinte por cento) sobre consultas e exames subsidiários.

6.1. Os exames subsidiários que terão incidência de co-participação de 20% (vinte por cento) são os especificados: exames laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos, ecocardiográficos, ressonância magnética e tomografias computadorizadas.

7. Entende-se por Fator Moderador uma das formas de gerenciamento constantes na Lei nº 9.656/98, com o objetivo de evitar o uso descontrolado dos serviços, visando garantir o equilíbrio financeiro do Contrato e o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais por parte dos Usuários.

XXII – PAGAMENTO DA MENSALIDADE

1. A CONTRATANTE por si e por seus dependentes legais inscritos neste contrato, obriga-se a pagar à UNIMED, para cada usuário, os seguintes valores como contraprestação mensal, de acordo com a idade do usuário.

Faixa Etária	Plano Básico
00-18	99,96

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

OAB/SP 186163

ANS Nº 319996

19-23	99,96
24-28	109,73
29-33	115,22
34-38	126,74
39-43	153,08
44-48	175,80
49-53	196,38
54-58	236,55
Acima de 59	258,30

2. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento da sua mensalidade, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED, para que não se sujeite as conseqüências da mora.

3. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a legislação vigente até o efetivo pagamento, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

4. Nenhum pagamento será reconhecido pela CONTRATADA se o seu comprovante não estiver devidamente autenticado por ela ou por quem for designado para esse fim.

XXIII – REAJUSTE

1. Os valores previstos neste contrato e seus aditamentos foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a freqüência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, valor e/ou percentual de participação e a carga tributária que recai sobre a UNIMED e objetivam a manutenção da viabilidade econômica da prestação dos serviços disponibilizados.

2. Fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado reajuste ao valor da mensalidade pela variação do Índice de preços ao Consumidor do Setor da Saúde - IPC Saúde da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE, ora pactuado entre as partes, independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária.

3. Caso haja alteração nos indicadores utilizados de base para o cálculo atuarial ou no perfil de utilização, que tenha ou venha a contribuir para o aumento dos custos e coloque em risco o equilíbrio contratual, os preços pactuados sofrerão reajuste a fim de ajustar e recompor o equilíbrio contratual.

4. Semestralmente será avaliada a sinistralidade do contrato. Se a sinistralidade

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

ultrapassar o índice de 75% será aplicado reajuste técnico, sem prejuízo da aplicação do índice IPC FIPE – Saúde, previsto no item 2 como reajuste anual do contrato.

5. A avaliação da sinistralidade para a efetivação do reajuste técnico é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da fórmula:

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

onde: $R_{Financeiro}$ - Deverá refletir a reposição financeira para o período, poderá ser utilizado índice contratual ou índice indicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme acordo entre as partes.

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

Onde:

S - Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 06 meses)

S_m - Corresponde a meta de sinistralidade."

6. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos adicionais, terão o reajuste no mês de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.
A UNIMED comunicará a ANS conforme regras constantes da Resolução Normativa RN 99/05.

XXVII – CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS
1. A presente contratação refere-se ao plano coletivo por adesão para massa delimitada de beneficiários e tem adesão espontânea e opcional de usuários, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

XXVIII – CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
1. A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes.

2. O término da menoridade civil dos "clientes dependentes", nos termos previstos pelo art. 5.º do Código Civil, acarretará a perda da qualidade de dependente para os

efeitos deste contrato, obrigando-se o CONTRATANTE a comunicar o fato, por escrito e mediante protocolo à UNIMED e devolver o cartão de identificação imediatamente à UNIMED, exceto nos casos de maioridade por idade que será verificado pela UNIMED administrativamente.

3. Conforme artigo 5º do Código Civil, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil e cessará, para os menores, a incapacidade pelos casos descritos abaixo:
I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;
II - pelo casamento;
III - pelo exercício de emprego público efetivo;
IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;
V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

4. Os filhos(as) que venham a contrair matrimônio perderão a condição de dependentes, obrigando-se A CONTRATANTE, de imediato, a comunicar o fato, dentro do prazo de trinta dias, por escrito e mediante protocolo na UNIMED.

5. Os filhos (as) solteiros até 24 anos, quando cursando faculdade, para terem direito a serem mantidos no plano como dependentes, deverão comprovar semestralmente, sua inscrição e matrícula no curso superior.

6. As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio magnético, até o dia 15 (quinze) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

XXIX – RESCISÃO/SUSPENSÃO

1. O presente contrato poderá rescindido a qualquer tempo e por qualquer das partes contratantes, mediante notificação prévia da parte contrária, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a rescisão do presente contrato, devendo a CONTRATANTE ser avisada da rescisão do contrato serviços previamente. A suspensão do contrato poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso, com comunicação prévia à CONTRATANTE.

3. Este Contrato poderá ser rescindido a qualquer momento QUANDO:

3.1 Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita às

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

partes o prosseguimento de suas atividades;

3.2. Pelo não pagamento das mensalidades correspondentes por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o a parte inadimplente seja comprovadamente notificada previamente;

3.3. Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE, seja ela omissiva ou comissiva.

4. No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes e eventuais perdas e danos.

XXXI – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIMED, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração. O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.
O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

2. Qualquer tolerância por parte da UNIMED não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

3. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação ou mensalidade.

4. Ocorrendo à perda ou extravio do CARTÃO UNIMED, o CONTRATANTE deverá comunicar o fato imediatamente, por escrito, à UNIMED, para cancelamento.

5. A UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

6. A responsabilidade da UNIMED 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. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED, que se relacionará diretamente com médicos e serviços contratados/credenciados. A UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os Usuários e os profissionais e instituições contratadas ou credenciadas, não se

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desacordo com a presente cláusula.

7. A assinatura do presente contrato revoga o "CONTRATO FEDERATIVO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES", firmado entre as partes em 01 de fevereiro de 1998.

XXXII – ELEIÇÃO DE FORO

1. Fica eleito o foro da sede da CONTRATANTE para dirimir quaisquer pendências oriundas do presente contrato.

2. Caso a UNIMED seja demandada em qualquer outro Foro que não o de eleição previsto no item anterior, fica a CONTRATANTE responsável pelo ressarcimento de todas as despesas feitas de viagens, traslados, hospedagens, dentre outras, utilizando-se os critérios utilizados pela UNIMED. O valor total das despesas ocorridas em um mês será devidamente discriminado e incluído na fatura do mês subseqüente a ser encaminhada à CONTRATANTE.

São Paulo, 01 de fevereiro de 2007.

2 4 JAN 2007

CONTRATANTE:

Sr. Mário Zanoni Adolfo Cintra

ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SENAI - AES

CONTRATADA:

Dr. Eudes de Freitas Aquino
Diretor Presidente

Dr. Humberto Jorge Isaac
Diretor Superintendente

UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO

FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

Testemunhas:

1) Nome: Fernando Issao Kinayama
R.G. 32.586.911-1
C.P.F. 328.808.216-21

2) Nome: Simone Francisca Oliveira
R.G. n.º 25.536.249-3
C.P.F. n.º 231.204.798-58

Simone Fátima Silva
Relações Empresariais

Dr. Luiz Roberto Dib Mathias Duarte
Diretor de Desenvolvimento

Crietiane Okanobo
OAB/SP 186103