



**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO COLETIVO POR ADESÃO
PLANO UNIMAX
GLOBAL**

**Cobertura para Consultas Médicas, Exames Complementares e
Internação Hospitalar em Acomodação Semiprivativa
Serviços Prestados por Médico Cooperado**

I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CONTRATADA: UNIMED PORTO ALEGRE - SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o n. 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o n. 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, 1.040, em Porto Alegre (RS), neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

CONTRATANTE: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR DE PORTO ALEGRE ADUFRGS-SINDICAL, inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. 90.757.204/0001-64, com sede na RUA OTAVIO CORREA, nº. 45, bairro CIDADE BAIXA, em PORTO ALEGRE /RS, por seu representante legal CLAUDIO SCHERER e PAULO ARTUR KONZEN XAVIER DE MELLO E SILVA, inscrito junto ao Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº. 067.045.650-00 e 454.664.670-49, residente e domiciliado em PORTO ALEGRE e PORTO ALEGRE /RS e RS, na RUA FERREIRA VIANA e RUA ANITA GARIBALDI, nº. 559/703 e 1978/101, bairro PETROPOLIS e BOA VISTA, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

- a) nome comercial: **PCGN2A - UNIMAX Coletivo por Adesão Semiprivativo**
- b) número (nº) de registro do plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar - **ANS: 403.023.981**



IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo por adesão.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Tipo de segmentação assistencial do plano de saúde: ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula Primeira. Este plano tem abrangência nacional e cobre os atendimentos nele previstos, desde que realizados por médicos cooperados da **CONTRATADA** e das demais Cooperativas Médicas a ela relacionadas em rede, em ambulatórios e hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA** existentes em todo o Brasil.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula Segunda. Território brasileiro.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula Terceira. A internação hospitalar prevista neste contrato será em acomodação semiprivativa, em hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA**.

Parágrafo único. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, é garantido ao beneficiário o acesso a acomodação em nível imediatamente superior, sem ônus adicional.

IX. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula Quarta. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.



X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Cláusula Quinta. O CONTRATANTE legará a continuidade do contrato aos beneficiários, valendo-se do Benefício-Família, cujo teor constituirá instrumento anexo ao presente.

Cláusula Sexta. O CONTRATANTE terá direito à cobertura de transporte aeromédico, cujo teor constituirá instrumento anexo ao presente

ATRIBUTOS DO CONTRATO

XI. OBJETO

Cláusula Sétima. Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde, visando à assistência médico-hospitalar com cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS:

- a) consultas médicas, por médicos assistentes cooperados da CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- b) serviços de urgência, nos prontos-atendimentos e demais serviços credenciados pela CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
- c) exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
- d) serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato; e
- e) internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato.

XII. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula Oitava. Contrato de prestação de serviços bilateral, futuro e aleatório de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeitos às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

XIII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula Nona. O beneficiário titular do presente contrato deverá possuir vínculo associativo com a pessoa jurídica CONTRATANTE, sendo esta pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.



Parágrafo único. É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula Décima. As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Cláusula Décima Primeira. São beneficiários titulares os inscritos pela **CONTRATANTE**, desde que com ela mantenha vínculo associativo.

Cláusula Décima Segunda. São beneficiários dependentes os inscritos pela **CONTRATANTE** como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:

- I. o(a) esposo(a), o(a) companheiro(a) desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
- II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;
- III. os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Parágrafo único. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula Décima Terceira. Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de beneficiários que integrará o presente contrato, bem como, quando da inclusão de novo beneficiário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-os quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando a aceitação inicial concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.

§ 1º As inclusões e/ou exclusões de beneficiários deverão ser efetuadas até o 10º (décimo) dia de cada mês, não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.

§ 2º A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula Décima Quarta. O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada neste instrumento para eventos obstétricos, filho natural ou



adotivo do beneficiário ou de seu dependente, terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência e de Doença e Lesão Preexistente quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário.

§ 1º Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

§ 2º O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

XIV. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula Décima Quinta. Todos os atendimentos previstos neste contrato serão fornecidos no limite do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sendo observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.

Cláusula Décima Sexta. O atendimento é assegurado, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula Décima Sétima. A CONTRATADA declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula Décima Oitava. É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula Décima Nona. Caso haja indicação clínica, a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia



determinado pela ANS vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória.

Cláusula Vigésima. Os beneficiários terão cobertura de consultas médicas, inclusive pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões e limitações deste instrumento.

Cláusula Vigésima Primeira. Os beneficiários terão cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente à época do evento.

Parágrafo único. O beneficiário que fizer uso das consultas e sessões previstas nesta cláusula poderá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela CONTRATADA.

Cláusula Vigésima Segunda. Os beneficiários terão cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano.

Parágrafo único. Os procedimentos previstos no “caput” desta cláusula serão realizados por médicos fisiatras assistentes da CONTRATADA, devidamente habilitados.

Cláusula Vigésima Terceira. Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, enquanto necessários ao diagnóstico e tratamento, e desde que incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

§ 1º Os serviços descritos no “caput” desta cláusula serão prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela CONTRATADA, constantes no “Guia Médico”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas neste contrato.

§ 2º Incluem-se na cobertura acima descrita os medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos e nos artigos do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula Vigésima Quarta. Os atendimentos ambulatoriais que sejam solicitados por médicos assistentes, os quais serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sempre



observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula Vigésima Quinta. Ambulatorialmente é garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- II - quimioterapia oncológica ambulatorial;
- III - procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
- IV - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
- V - hemoterapia ambulatorial; e
- VI - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II desta cláusula, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

Cláusula Vigésima Sexta. Observadas as limitações e exclusões, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos nas cláusulas deste contrato, o atendimento a ser realizado por médico assistente, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes no "Guia Médico" terá cobertura nos seguintes termos:

- I - eventos previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
- II - despesas hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em próprias (se houver), credenciadas e/ou referenciadas pela CONTRATADA, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III - despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV - despesas de pernoite e café da manhã compreendidas na diária de um único acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, durante o período de internação contratualmente coberto;



- V - despesas de pernoite e café da manhã compreendidas na diária de um único acompanhante de maiores de 60 (sessenta) anos, durante o período de internação contratualmente coberto, desde que com prévia e expressa solicitação do beneficiário idoso ou por determinação do médico assistente;
- VI - despesas de pernoite e café da manhã compreendidas na diária de um único acompanhante no caso de paciente portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- VII - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação contratualmente coberto;
- VIII - despesas com exames complementares indispensáveis ao 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;
- IX- despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto;
- X- remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato;
- XI - despesas com os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como já definida neste contrato;
 - c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetria determinado pela ANS vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetria determinado pela ANS vigente na época do evento;
 - g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetria determinado pela ANS vigente na época do evento;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física constantes no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetria determinado pela ANS vigente na época do evento;
 - k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos neste contrato, excetuado o fornecimento de medicação e manutenção;
- XII - despesas com materiais hospitalares e medicamentos nacionais ou nacionalizados devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no Ministério da Saúde, prescritos por médico assistente, durante o período de internação contratualmente coberto;



XIII - despesas com materiais de próteses, órteses e implantes, desde que ligados ao ato cirúrgico com finalidade não estética e devidamente registrados na ANVISA e no Ministério da Saúde; e

Cláusula Vigésima Sétima. Para fins de liberação de cobertura de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:

- I. É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos por este contrato;
- II. O médico assistente solicitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- III. Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.

Parágrafo único. A CONTRATADA pode escolher a marca e a procedência do material de prótese, órtese e implante a ser coberto, desde que atenda às especificações determinadas pelo médico assistente, nos termos do inciso I desta cláusula.

Cláusula Vigésima Oitava. Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal.

Cláusula Vigésima Nona. É garantida a cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula Trigésima. São garantidos os atendimentos à psicoterapia, com médico-psiquiatra da CONTRATADA, conforme indicação do médico assistente, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- II. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 A F59);
- III. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 A F98);
- IV. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);

- V. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- VI. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

Cláusula Trigésima Primeira. 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.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas estão obrigatoriamente cobertos.

Cláusula Trigésima Segunda. São garantidos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos limitada a 30 (trinta) dias de internação no decorrer de 1 (um) ano de contrato.

§ 1º O custeio das internações psiquiátricas nos períodos que ultrapassarem o prazo previsto no “caput” desta cláusula, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, serão suportados pelo CONTRATANTE, mediante a coparticipação no valor percentual de 66% (sessenta e seis por cento) por dia de internação, não podendo caracterizar financiamento integral e obedecendo aos tetos estabelecidos nas normas vigentes.

§ 2º Nas hipóteses de internação psiquiátrica, a classe de internação hospitalar sempre será enfermária.

Cláusula Trigésima Terceira. São garantidos os atendimentos em hospital-dia para transtornos mentais quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- II. Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 A F29);
- III. Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar de humor-CID F30 e F31);
- IV. Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Parágrafo único. Para fins do disposto no “caput” desta cláusula, entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como 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.

Cláusula Trigésima Quarta. Este contrato fornece cobertura aos transplantes listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, 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 de captação, transporte e preservação de órgãos.

Cláusula Trigésima Quinta. Os procedimentos de transplante deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º. O beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante-SNT.

§ 3º. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

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

Cláusula Trigésima Sexta. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 (doze) da Lei 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista, respeitado o previsto no “caput” desta cláusula.

Cláusula Trigésima Sétima. É garantida a cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, desde que realizado por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases



medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órtese, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

Cláusula Trigésima Oitava. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelos profissionais habilitados pelo respectivo conselho de classe, integrantes da equipe chefiada por médico assistente, desde que restritos a 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.

§ 1º. Para fins do disposto no “caput” desta cláusula caracteriza-se imperativo clínico pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

§ 2º. 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 e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º. Os eventuais honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Cláusula Trigésima Nona. É garantida a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, desde que não caracterizado o fim estético.

Cláusula Quadragésima. É garantida a cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cláusula Quadragésima Primeira. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária-CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos não excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamentos de complicações,

mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATADA.

Cláusula Quadragésima Segunda. É garantida a cobertura assistencial prevista neste contrato para eventos obstétricos, procedimentos relativos ao puerpério, pré-natal e da assistência ao parto, bem como um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

Parágrafo único. Para fins do disposto no “caput” desta cláusula entende-se pós parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

XV. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula Quadragésima Terceira. Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas subseqüentes, os seguintes procedimentos:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, isto é, aqueles que:

- a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina-CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO; ou
- c) Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso “off-label”).

II - 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;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como 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 próteses, órteses, *stents*, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia;

VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam



de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoa físicas em farmácias de acesso público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatório, urgência e emergência);

VIII- 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;

IX - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

X - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII - transplantes e despesas decorrentes destes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;

XIII - consultas domiciliares;

XIV - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

XV - exames para frequentar piscinas e ginástica;

XVI - laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;

XVII - provas de paternidade;

XVIII - sonoterapia;

XIX - enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XX - cirurgias para mudança de sexo;

XXI - itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, uso de "internet", alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toailete e perfumaria em geral, etc.) ou despesa com acompanhantes diferentes do previsto neste contrato;

XXII - vacinas;

XXIII - todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;

XXIV - todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;

§ 1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 2º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

§ 3º Não ligados ao ato cirúrgico são os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órtese ou prótese deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada



periodicamente no endereço eletrônico da ANS na “internet” (www.ans.gov.br).

Cláusula Quadragésima Quarta. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

DURAÇÃO DO CONTRATO

XVI. VIGÊNCIA

Cláusula Quadragésima Quinta. O presente contrato vigora a partir da data da assinatura deste instrumento jurídico ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, pelo prazo determinado de 1 (um) ano, caso as partes não venham a se arrepender, por escrito, em 7 (sete) dias úteis, a contar daquela data, desde que não tenham usufruído dos serviços previstos nele.

XVII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula Quadragésima Sexta. O presente contrato, observada a sua cláusula de vigência, inicia na data da assinatura deste instrumento jurídico ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, pelo prazo determinado de 1 (um) ano.

§ 1º Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado podendo ser, a partir daí, livremente rescindido, por qualquer das partes, desde que com aviso prévio expresso e escrito de 60 (sessenta) dias.

§ 2º Não será cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

XVIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula Quadragésima Sétima. Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, os seguintes prazos de carência, sem prejuízo do disposto na cláusula que dispõe sobre doenças e lesões preexistentes a este contrato:

- I - cobertura de casos de urgência ou emergência: **24 (vinte e quatro) horas;**
- II - consultas médicas, nos termos previstos neste instrumento: **30 (trinta) dias;**



III - exames de sangue, urina, fezes, líquido, líquido amniótico, líquido sinovial e derrames, líquido cefalorraqueano, microbiologia, suco gástrico e tubagem duodenal e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados no item V: **30 (trinta) dias**;

IV - consultas e/ou sessões de psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutricionista, fonaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional: **60 (sessenta) dias**;

V - exames de genética e biologia molecular: **180 (cento e oitenta) dias**;

VI - demais exames, excluindo-se os listados nos itens III e V: **60 (sessenta) dias**;

VII - quimioterapia, radioterapia e hemodiálise: **180 (cento e oitenta) dias**;

§ 1º As mensalidades contratuais são devidas pela CONTRATANTE à CONTRATADA desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.

§ 2º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato independem do prazo da cobertura parcial temporária, de 24 (vinte e quatro) meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

§ 3º Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias de sua celebração.

Cláusula Quadragésima Oitava. Anualmente, em cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento dos prazos de carência, desde que:

I. O beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE, após o transcurso de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato e

II. A proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) da data de aniversário do contrato.

Parágrafo único Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a CONTRATADA poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos, estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

XIX. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula Quadragésima Nona. É dever preliminar do PRÉ-CONTRATANTE, em seu nome próprio e no dos beneficiários que pretenda incluir no contrato, informar sobre as doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato de que sejam portadores os beneficiários a serem inscritos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

§ 1º A informação solicitada será preenchida na conformidade do anexo "Formulário de Declaração de Saúde", integrante do presente contrato.

§ 2º A informação errônea, dolosamente fornecida ou omitida, da condição sabida de doença ou lesão preexistente implicará, após o devido julgamento pela ANS, a suspensão do atendimento e denúncia contratual por fraude, nos termos da cláusula de rescisão deste contrato.



§ 3º Constatada de qualquer forma, pela **CONTRATADA**, a existência de doença ou lesão preexistentes à proposta de contratação, ou por entrevista, mediante declaração expressa do beneficiário no “Formulário de Declaração de Saúde”, será oferecida a cobertura parcial temporária.

§ 4º Doenças e lesões preexistentes são aquelas de que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei n. 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas pela ANS.

§ 5º Entende-se como cobertura parcial temporária aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

Cláusula Quinquagésima. O **PRÉ-CONTRATANTE**, ao preencher a declaração de saúde, formulário com objetivo de averiguação da existência ou não de doença ou lesão anterior à contratação, optará pelas seguintes hipóteses:

I - sem orientação de médico;

II - com orientação de um médico cooperado da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário; ou

III - com assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§ 1º Caso o beneficiário do **PRÉ-CONTRATANTE** opte pela hipótese prevista no inciso II acima, estará igualmente concordando com a efetivação de perícias e exames que o médico cooperado escolhido entenda necessário realizar para a elaboração do formulário.

§ 2º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

Cláusula Quinquagésima Primeira. Constatada, de qualquer forma, a existência de doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, os beneficiários não terão direito, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura deste contrato ou de posterior inclusão, à utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade decorrente da doença ou lesão preexistente, ressalvado o disposto no capítulo de urgência e emergência e as alternativas constantes do § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula.

§ 1º Alternativamente, a **CONTRATADA** poderá oferecer à **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado “Agravado”, que implique a cobertura da doença ou lesão preexistente, mediante orçamento específico, que levará em conta as condições pessoais do beneficiário, ou poderá ainda, mediante termo específico, diminuir, para determinadas moléstias, o prazo previsto no “caput” desta cláusula.

§ 2º Entende-se como “Agravado” qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com



as condições negociadas entre operadora e beneficiários.

Cláusula Quinquagésima Segunda. Constatada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário terá de ser informado imediatamente pela **CONTRATADA**.

Cláusula Quinquagésima Terceira. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, nos casos de doença ou lesão preexistente, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

Parágrafo único. Após o julgamento, e uma vez acolhida a alegação da operadora pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

XX. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula Quinquagésima Quarta. Definem-se por emergência casos que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente, e definem-se como urgência os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cláusula Quinquagésima Quinta. No caso de o beneficiário necessitar de assistência médico-hospitalar de urgência ou emergência, durante o período em que estiver cumprindo carência contratualmente prevista, a **CONTRATADA** estará obrigada a prestar atendimento exclusivamente nas 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar, conforme a hipótese que ocorrer primeiro, a partir do que a responsabilidade financeira passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à operadora.

Cláusula Quinquagésima Sexta. O presente contrato garantirá:

- I - o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após decorridas 24 (vinte quatro) horas da vigência do contrato (artigo 3º, § 2º, da Resolução do CONSU n. 13/98);
- II - a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- III - a cobertura dos atendimentos de urgência ou emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão do



paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução do CONSU n. 13/98);

IV - o atendimento de urgência ou emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.

Cláusula Quinquagésima Sétima. O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto-atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da CONTRATADA, constantes no “Guia Médico”.

Cláusula Quinquagésima Oitava. Os beneficiários, nas hipóteses de urgência ou emergência, esta última caracterizada por laudo médico comprobatório, a fim de tomar as devidas providências administrativas deverão comparecer na sede ou postos da cooperativa médica UNIMED que prestou o referido atendimento, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou no primeiro dia útil subsequente à realização do atendimento, sempre que o atendimento de urgência ou emergência ocorrer por intermédio de outra cooperativa médica UNIMED.

Cláusula Quinquagésima Nona. É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

§1º O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

I - relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

II - conta hospitalar com discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

III - recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;

IV - comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

§ 2º O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

§ 3º O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.



XXI. REMOÇÃO

Cláusula Sexagésima. É assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

§ 1º Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

§ 2º Caberá remoção ao SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carência e quando houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.

§ 3º Nos casos de remoção para o SUS, cessa a obrigação da **CONTRATADA**, e, se o paciente não tiver condições de ser removido, 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** deste ônus.

§ 4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula Sexagésima Primeira. Na hipótese do beneficiário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para a internação hospitalar, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de tais serviços, visando à continuidade do atendimento.

Parágrafo único. No caso de remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

XXII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula Sexagésima Segunda. A rede de prestadores de serviços será divulgada mediante o "Guia Médico Unimax", a ser entregue juntamente com este contrato, pelo sítio da **CONTRATADA** ou por contato telefônico do beneficiário à Central de Atendimento Telefônico.



Cláusula Sexagésima Terceira. A CONTRATADA garante ao beneficiário que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento concedido pelo seu serviço de regulação se dará no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula Sexagésima Quarta. A CONTRATADA cobrará o valor correspondente às seguintes coparticipações:

I - 29,63% (vinte e nove vírgula sessenta e três por cento) nas consultas previstas neste contrato, excetuadas as descritas nos incisos V e VII desta cláusula;

II - 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);

III - 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;

IV - 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;

V - 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;

VI - 66% (sessenta e seis por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

VII - 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;

VIII - 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, previstos neste contrato, exceto: Refluxo Gastroesofágico, Apendicectomia, Colectomia, Esplenectomia parcial/total, Herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento videolaparoscópico (VLP), Adrenalectomia unilateral, Ooforectomia unilateral/bilateral, Laqueadura, Miomectomia uterina, Salpingectomia unilateral/bilateral, Liberação laparoscópica de aderências pélvicas, Laparoscopia ginecológica com/sem biópsia, Gravidez ectópica e Simpatectomia por videotoracoscopia.

Cláusula Sexagésima Quinta. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade desses ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§ 1º O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.

§ 2º A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará o CONTRATANTE responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da CONTRATADA, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de



nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.

§ 3º O **CONTRATANTE**, no caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente à época, no equivalente a 50% (cinquenta por cento) de uma despesa de inscrição, considerando o disposto no parágrafo imediatamente anterior.

§ 4º A responsabilidade do **CONTRATANTE**, caso não comunique a ocorrência do fato à **CONTRATADA**, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

Cláusula Sexagésima Sexta. A internação hospitalar será concedida somente mediante solicitação escrita do médico assistente responsável pela internação, e autorizada, quando for o caso, por médico auditor da **CONTRATADA**.

Cláusula Sexagésima Sétima. A **CONTRATADA**, mediante exibição do documento de que trata a cláusula acima deste instrumento, emitirá AIH para a entidade hospitalar própria ou credenciada, respeitadas as ressalvas deste convênio, autorizando a baixa, sempre nos estritos termos contratuais.

§ 1º Nas hipóteses de internação hospitalar de urgência, poderá esta realizar-se mediante exibição do cartão de identificação do beneficiário, obrigando-se o **CONTRATANTE**, o beneficiário, ou o representante desses, sob pena de perda da cobertura contratual, a comparecer à sede da **CONTRATADA**, no prazo improrrogável de 2 (dois) dias úteis, para obtenção do fornecimento da AIH.

§ 2º A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não reconhecer a internação dita de urgência ou emergência, sempre que essa haja ocorrido com a não observância do conceito de urgência ou emergência, adotado por este contrato, a partir da verificação realizada por Junta Médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08 de 1998.

Cláusula Sexagésima Oitava. A **CONTRATADA** comunica à **CONTRATANTE** que a internação hospitalar é recurso auxiliar ao tratamento médico, somente utilizável na hipótese de não haver meio mais recomendável e adequado ao próprio tratamento. Havendo divergências entre as partes, utilizar-se-á dos critérios da Junta Médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.

Cláusula Sexagésima Nona. Em virtude do preceituado neste contrato, os prazos de internação hospitalar serão estritamente determinados pelo médico cooperado assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, sendo garantida a inexistência de qualquer limitação temporal.



Cláusula Septuagésima. Persistindo uma internação hospitalar além do prazo normalmente previsto, para reversão da fase aguda da patologia determinante da baixa, segundo as regras normais da experiência e do conhecimento técnico-médico, a **CONTRATADA** solicitará Junta Médica a fim de averiguar a necessidade de manutenção da internação hospitalar, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.

§ 1º O **CONTRATANTE** e seus beneficiários obrigam-se a envidar todos os esforços razoáveis no intuito de colaborar com o trabalho dos peritos.

§ 2º Uma vez comprovada a ausência de necessidade da continuidade da baixa hospitalar, a **CONTRATADA** reserva-se o direito, segundo este contrato, de cancelar sua responsabilidade pelo custeio da internação, tão logo findo o último prazo previsto pelo médico que solicitar a internação autorizada pela **CONTRATADA**.

§ 3º Fica o **CONTRATANTE** ciente de que a **CONTRATADA**, para melhor cumprimento das disposições desta cláusula, mediante seu regramento interno autorizará as baixas ou a continuidade das internações na periodicidade que estabelecer.

§ 4º A **CONTRATADA** garantirá, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse por intermédio de Junta Médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Cláusula Septuagésima Primeira. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da **CONTRATADA**.

Cláusula Septuagésima Segunda. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao **CONTRATANTE** 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.

§ 1º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" desta cláusula ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do consumidor, a **CONTRATADA** obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

§ 2º Excetuam-se do previsto no § 1º (parágrafo primeiro) os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE**.

§ 3º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.



Cláusula Septuagésima Terceira. A CONTRATADA reserva-se o direito de substituir qualquer estabelecimento ambulatorial credenciado/referenciado, por outro equivalente.

§ 1º Durante o período de aviso-prévio, continuará sendo utilizado o estabelecimento a ser desligado, sem qualquer prejuízo para o beneficiário.

§ 2º Faculta-se ao CONTRATANTE rescindir o contrato, mesmo na vigência de prazo determinado, caso se entenda prejudicada com a substituição.

Cláusula Septuagésima Quarta. A CONTRATADA reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem redução dos direitos conferidos ao CONTRATANTE e seus beneficiários, devendo ser previamente informados a esses, caso impliquem a necessidade de sua colaboração.

Cláusula Septuagésima Quinta. O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais prestados aos beneficiários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

XXIII. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula Septuagésima Sexta. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o CONTRATANTE efetua o pagamento das mensalidades à CONTRATADA antes da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XXIV. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula Septuagésima Sétima. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA:

I - despesas de inscrição e material, no valor de R\$ 27,50 (vinte e sete reais e cinquenta centavos - ISENTO VITALÍCIO), quando do recebimento do primeiro documento de pagamento;

II - a 1ª (primeira) mensalidade, no valor de R\$ 89,66 (oitenta e nove reais e sessenta e seis centavos), correspondente a sua faixa etária, na conformidade da cláusula que define as faixas etárias deste contrato, quando do recebimento do documento de pagamento, após a aceitação da proposta pela CONTRATADA ou quando da inclusão de novos beneficiários;

III - demais mensalidades contratuais, correspondendo à contribuição do mês subsequente, até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, calculadas por pessoa



inscrita, sempre observados os parágrafos desta cláusula e a cláusula que define as faixas etárias deste contrato;

IV - o valor correspondente às seguintes coparticipações:

- a) 29,63% (vinte e nove vírgula sessenta e três por cento) nas consultas previstas neste contrato, excetuadas as descritas nas alíneas “e” e “g” desta cláusula;
- b) 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);
- c) 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
- d) 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;
- e) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
- f) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;
- g) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista;
- h) 30% (trinta por cento) sobre o valor dos honorários médicos de cada procedimento videoendoscópico e videolaparoscópico, previstos neste contrato, exceto: Refluxo Gastroesofágico, Apendicectomia, Colectomia, Esplenectomia parcial/total, Herniorrafia inguinal: recidiva, bilateral ou complementar a outro procedimento videolaparoscópico (VLP), Adrenalectomia unilateral, Ooforectomia unilateral/bilateral, Laqueadura, Miomectomia uterina, Salpingectomia unilateral/bilateral, Liberação laparoscópica de aderências pélvicas, Laparoscopia ginecológica com/sem biópsia, Gravidez ectópica e Simpatectomia por videotoracoscopia.

§ 1º Os valores de pagamento de mensalidades aqui previstos destinam-se, proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da CONTRATADA, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao atendimento médico), tais como despesas laboratoriais, de raio X e de urgência, e se destinam, igualmente, a cobrir os custos administrativos da CONTRATADA.

§ 2º O CONTRATANTE consultará previamente a CONTRATADA, antes de efetivar qualquer retenção de valores relativos a eventuais tributações decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação o exija ou venha a exigi-lo, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso concreto.

§ 3º O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência junto ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC).

§ 4º Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados, excetuadas as variações do valor em razão de diferença de faixa etária.



Cláusula Septuagésima Oitava. A **CONTRATADA** cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

Cláusula Septuagésima Nona. O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora serão de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Cláusula Octogésima. Os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, se houverem, serão ajustados única e exclusivamente entre estes.

REAJUSTE

XXV. REAJUSTE

Cláusula Octogésima Primeira. Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, observando sempre, enquanto piso, a variação do IGPM/FGV no período (ou outro índice que o substitua) e, enquanto teto, a própria sinistralidade, conforme definido na cláusula abaixo.

Cláusula Octogésima Segunda. Convencionam as partes que as obrigações da **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários à sua execução, tendo-se sempre em conta a sinistralidade inicialmente prevista dentro dos limites do custeio da mensalidade básica.

§ 1º Do valor pago pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** enquanto contraprestação econômica mensal, nos termos deste contrato, a sinistralidade, a ser apurada pela área técnica da **CONTRATADA**, não poderá ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).

§ 2º A cada período de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste contrato, as partes verificarão se o valor pago pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, está atendendo ao percentual fixado no § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula, ocasião em que será apurado o resultado obtido naquele mesmo período.

§ 3º No caso da sinistralidade apurada no período que trata o § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula, ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento), o valor da contraprestação econômica mensal paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** deverá ser atualizada, em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico da avença.



Cláusula Octogésima Terceira. Este contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

Parágrafo único. Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula Octogésima Quarta. A CONTRATADA comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula Octogésima Quinta. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados e nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Parágrafo único. O disposto acima não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula Octogésima Sexta. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão reajuste anualmente, a partir da data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

FAIXAS ETÁRIAS

XXVI. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula Octogésima Sétima. 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.

Cláusula Octogésima Oitava. A mensalidade contratual sofrerá as seguintes variações percentuais, observada a idade do beneficiário já inscrito no contrato ou a idade que tenha quando da sua inclusão:

I - beneficiário inscrito com um dia até 18 (dezoito) anos completos: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento;

II - beneficiário inscrito com 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 15% (quinze por cento);

III - beneficiário inscrito com 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 32,20% (trinta e dois virgula vinte por cento);



IV - beneficiário inscrito com 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 52,10% (cinquenta e dois vírgula dez por cento);

V - beneficiário inscrito com 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 74,90% (setenta e quatro vírgula noventa por cento);

VI - beneficiário inscrito com 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 102,90% (cento e dois vírgula noventa por cento);

VII - beneficiário inscrito com 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 145,50% (cento e quarenta e cinco vírgula cinquenta por cento);

VIII - beneficiário inscrito com 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 219,20% (duzentos e dezenove vírgula vinte por cento);

IX - beneficiário inscrito com 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 330,90% (trezentos e trinta vírgula noventa por cento);

X - beneficiário inscrito com 59 (cinquenta e nove) anos completos ou mais idade, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 499,30% (quatrocentos e noventa e nove vírgula trinta por cento);

§ 1º Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

§ 2º Os percentuais de variação em cada faixa etária deverão observar as seguintes condições:

I - o valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

BÔNUS - DESCONTOS

XXVII. BÔNUS

Cláusula Octogésima Nona. O valor básico tal como previsto no “caput” da cláusula de pagamento, será fixado em conformidade com o número de



beneficiários titulares e beneficiários dependentes inscritos, nos termos previstos nas faixas abaixo:

I. faixa um: de, no mínimo, 3 (três) a 49 (quarenta e nove) beneficiários, inclusive, valor da mensalidade básica conforme o caput da cláusula de pagamento;

II. faixa dois: de 50 (cinquenta) ou mais usuários, valor da mensalidade básica correspondente a prevista no caput da cláusula de pagamento, deduzindo-se o percentual de 10% (dez por cento).

Parágrafo único. É vedada a concessão de descontos ou vantagens, especificamente delimitados em prazos contratuais, em função de idade do beneficiário ou ainda que estimulem a redução da utilização dos serviços.

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

XXVIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula Nonagésima. Caberá tão somente ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do primeiro, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com o **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.

Cláusula Nonagésima Primeira. As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:

I - exclusão do beneficiário titular;

II - morte do beneficiário titular ou dependente;

III - casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;

IV - filho(a) ou enteado(a) que completou 18 (dezoito)anos;

V - filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, por perda da condição de estudante;

VI - filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual a ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;

VII - extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;

VIII - não comprovação, quando exigida, do vínculo de dependência econômica.

Parágrafo único. O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega desses para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).

Cláusula Nonagésima Segunda. A comprovação de fraude contratual, por parte dos beneficiários, no sentido de tentar obter ou manter internação hospitalar, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da



patologia, implicará na rescisão contratual, nos termos ds determinados pela ANS, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

RESCISÃO/SUSPENSÃO

XXIX. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula Nonagésima Terceira. Rescinde-se o contrato de pleno direito, por parte do **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.

Parágrafo único. Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar o **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula Nonagésima Quarta. Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE**, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá ao **CONTRATANTE** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula Nonagésima Quinta. Os beneficiários do **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja a mesma com suas mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e caso haja notificação prévia, pela **CONTRATADA**, desta circunstância.

Cláusula Nonagésima Sexta. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula Nonagésima Sétima. Na hipótese de o **CONTRATANTE** rescindir o presente contrato antes do prazo mínimo de 1 (um) ano, este a contar da data de sua assinatura, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades restantes para se completar 12 (doze) meses.



DISPOSIÇÕES GERAIS

XXX. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula Nonagésima Oitava. Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos beneficiários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa, após devida concordância da ANS, da parte estipulante ao beneficiário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula Nonagésima Nona. As partes assinam, nesta mesma data, em instrumentos jurídicos separados, os módulos de sub-rogação para pedido indenizatório de danos decorrentes de atos ilícitos e de cessão.

Cláusula Centésima. Integram o presente contrato:

I - Manual de Orientação (Anexo I);

II - Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;

III - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);

IV - Guia de Leitura Contratual (GLC)

Parágrafo único. O CONTRATANTE ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à CONTRATADA, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula Centésima Primeira. O CONTRATANTE aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato por via de arquivos especiais (digitalizados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

ELEIÇÃO DE FORO

XXXI. ELEIÇÃO DE FORO

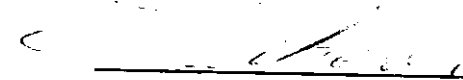
Cláusula Centésima Segunda. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do CONTRATANTE para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.



XXXII. ENCERRAMENTO


E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.

Porto Alegre, 14 de 11 de 2011.



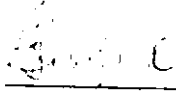
Unimed Porto Alegre
CONTRATADA
SUPERINTENDENTE DE MARKETING E VENDAS

CONTRATANTE

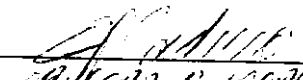
 **Unimed Porto Alegre**

JOSÉ CARLOS LOURENÇO
SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO FINANCEIRO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:



Nome: JOÃO CARLOS DE MOURA
CPF: 030.712.416-00



Nome: EDUARDO P. LOURENÇO
CPF: 224.113.133-53