

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR
PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
CONTRATO PESSOA JURÍDICA – COLETIVO EMPRESARIAL**

(CLÁUSULAS GERAIS)

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

I.1 – O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

I.2 – O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

II.1 – Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, sócios e ou respectivos administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

II.2 – Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: relação empregatícia ou estatutária, sócios e ou respectivos administradores, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

II.3 – Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;

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

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

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

e) Agregados: Pai, Mãe, Sogro; Sogra; filhos e enteados, solteiros, com idade entre 24 anos completos a 35 anos incompletos, estudantes universitários ou não.

II.4 – A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

II.5 – O(a)s recém-nascido(a)s, adotivo(a)s ou filho(a)s natural(is) de Beneficiário(a)s Titular(es) que já tenha(m) cumprido o período de carência para cobertura de atendimento obstétrico (parto), poderá(ão) se tornar Beneficiário(a)s Dependente(s), isento(a)s do cumprimento dos períodos de carência, bem como não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que seja(m) inscrito(a)s dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento ou a adoção.

II.6 – Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

III.1 – A assistência ajustada neste instrumento compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da Lei nº 9.656/98 e deste Contrato.

III.2 – Está compreendida neste Contrato a cobertura do atendimento AMBULATORIAL a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo Rol de Procedimentos, e respectivas Diretrizes de Utilização, são editados pela A.N.S. - Agência Nacional de Saúde Suplementar através de suas resoluções. Estão inclusas, na referida cobertura, as CONSULTAS MÉDICAS e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, em números ilimitados, em consultórios médicos e em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicadas no "Guia Médico".

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

III.3 – Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

III.4 – Nas consultas de rotina, o(a) beneficiário(a) será(ão) atendido(a) pelo(a) médico(a) cooperado(a), no horário normal de consulta, competindo ao(à) beneficiário(a) optar pelos prestadores de serviço da rede credenciada da UNIMED DE CATANDUVA.

III.5 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo(a) médico(a) cooperado(a), mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize internação.

III.6 – Cobertura de consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo(a) e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões anuais, não cumulativas, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e/ou em suas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do(a) médico(a) cooperado(a). As sessões poderão ser individuais ou coletivas, a critério do(a) profissional da respectiva especialidade.

III.7 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões anuais, não cumulativas, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e/ou em suas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do(a) médico(a) cooperado(a). As sessões poderão ser realizadas tanto por psicólogo(a) como por médico(a) cooperado(a) devidamente habilitado(a) bem como poderão ser individuais ou coletivas, a critério do(a) respectivo(a) profissional.

III.8 – Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente editado pela A.N.S. - Agência Nacional de Saúde Suplementar através de suas resoluções, em número ilimitado de sessões por ano, os quais poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do(a) médico(a) cooperado(a).

III.9 – Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, desde que preenchidas, quando previsto, as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos da ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar (Diretrizes de Utilização)
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

ATENDIMENTO HOSPITALAR:

III.10 – O(a)s beneficiário(a)s deste Contrato terão direito, também, à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospital e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol de procedimentos vigente, e respectivas Diretrizes de Utilização, são editados pela A.N.S. –

Agência Nacional de Saúde Suplementar através de resolução(ões), desde que solicitadas pelo(a) médico(a) cooperado(a) e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela UNIMED DE CATANDUVA.

III.11 – Também está assegurada por este Contrato a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III, do art. 35-C, da Lei nº 9.656/98, observada, no que couber, norma específica editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

III.12 – A participação de profissional médico(a) anestesiológico(a) credenciado(a) nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

III.13 – O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica estabelecidas no Contrato, é assegurado independentemente do local de origem do evento.

III.14 – Nas consultas de Pronto Socorro, o(a) beneficiário(a) será atendido(a) no Hospital São Domingos S/A pelo(a) médico(a) plantonista credenciado(a).

III.15 – Estão incluídas no presente Contrato, em casos de internação hospitalar:

III.15.1 – Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do(a) médico(a) cooperado(a).

III.15.2 – Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

III.15.3 – Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do(a) médico(a) cooperado(a), realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

III.15.4 – Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

III.15.5 – Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

III.15.6 – Cobertura de despesas de um(a) acompanhante, para pacientes qualificados como crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para portadore(a)s de deficiências, conforme indicação do(a) médico(a) credenciado(a); e de um(a) acompanhante indicado(a) pela mulher, incluindo, neste caso, despesas com paramentação, acomodação e alimentação, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48

(quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do(a) médico(a), ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo(a) médico(a) assistente.

III.15.7 – Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial não estética que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado(a) pelo seu conselho de classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo(a) cirurgião-dentista assistente credenciado(a), habilitado(a) pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitam de internação hospitalar, incluindo cobertura de exames complementares solicitados pelo(a) cirurgião-dentista assistente credenciado(a), habilitado(a) pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

III.15.8 – Cobertura para os procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e, se o caso, em suas Diretrizes de Utilização:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

III.15.9 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

III.15.10 – Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

III.16 – CIRURGIAS CARDÍACAS: O(a)s beneficiário(a)s do presente Contrato terá(ão) direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmica.

III.17 – TRANSPLANTES: O(A)s beneficiário(a)s do presente Contrato terá(ão) direito, igualmente, a cirurgias de transplante de CÓRNEA e de RIM, Intestino e Testículo, autólogos e alogênicos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio (exceto medicamentos de manutenção), despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

III.18 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS: igualmente, o(a)s beneficiário(a)s deste Contrato terá(ão) direito às coberturas referentes aos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo(a) médico(a) assistente / cooperado(a) da UNIMED DE CATANDUVA, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo Rol de Procedimentos vigente, e respectivas Diretrizes de Utilização, são editados pela A.N.S. – Agência Nacional de Saúde Suplementar através de resolução.

III.19 – ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO: Terá(ão) direito, ainda, o(a)s beneficiário(a)s do presente Plano, à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto e puerpério, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico cooperado da UNIMED DE CATANDUVA, com cobertura de um(a) acompanhante indicado(a) pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato; e cobertura assistencial ao(à) recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a), do(a) titular ou dependente, compreendendo assistência a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento, vedada qualquer alegação de doença preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária, devida a respectiva contraprestação (mensalidade).

III.20 – TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

III.21 – Na segmentação ambulatorial estão cobertos:

III.21.1 – Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o(a) paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

III.21.2 – Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, de acordo com o número

de sessões anuais, não cumulativas, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e/ou em suas Diretrizes de Utilização.

III.21.3 – Tratamento básico, prestado por médico(a), em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços e apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo(a) médico(a) cooperado(a).

III.22 – Na segmentação hospitalar estão cobertos:

III.22.1 – Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas. Estão cobertas, ainda, as internações abaixo especificadas, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

III.22.1.1 – O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Utilizada referida quantidade de dias, o atendimento ficará condicionado ao pagamento da co-participação definida neste Contrato (Cláusula Mecanismos de Regulação), a qual, porém, não poderá caracterizar o financiamento integral da internação e deverá obedecer aos tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

III.22.1.2 – O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar. Utilizada referida quantidade de dias, o atendimento ficará condicionado ao pagamento da co-participação definida neste Contrato (Cláusula Mecanismos de Regulação), a qual, porém, não poderá caracterizar o financiamento integral da internação e deverá obedecer aos tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

III.22.2 – O(A) beneficiário(a) poderá dispor, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise, de 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia. Para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

III.22.3 – Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, estas se darão a critério do(a) médico(a) cooperado(a).

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

IV.1 – FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO NESTE CONTRATO QUE A UNIMED DE CATANDUVA NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS, OS QUAIS ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL. MODIFICAÇÕES NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, E SUAS ATUALIZAÇÕES, PODERÃO RESULTAR NO IMEDIATO REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES PRATICADOS COMO CONTRAPRESTAÇÃO.

IV.2 – CONSULTAS MÉDICAS, AVALIAÇÕES, EXAMES, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DE DIAGNOSE E TERAPIA, ETC., QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS OU QUE NÃO PREENCHAM SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, DIRETRIZES CLÍNICAS OU PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO, TODOS EDITADOS PELA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E EXAMES:

IV.3 – ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

IV.4 – ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL.

IV.5 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS.

IV.6 – TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS: É AQUELE QUE EMPREGA FÁRMACOS, VACINAS, TESTES DIAGNÓSTICOS, APARELHOS OU TÉCNICAS CUJA SEGURANÇA, EFICÁCIA E ESQUEMA DE UTILIZAÇÃO AINDA SEJAM OBJETO DE PESQUISAS EM FASE I, II OU III, OU QUE UTILIZEM MEDICAMENTOS OU PRODUTOS PARA A SAÚDE NÃO REGISTRADOS NO PAÍS, BEM COMO, AQUELES CONSIDERADOS EXPERIMENTAIS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, OU O TRATAMENTO A BASE DE MEDICAMENTOS COM INDICAÇÕES QUE NÃO CONSTEM DA BULA REGISTRADA NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (USO OFF-LABEL);

IV.7 –TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO; CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO; INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM CASO DE CONVALESCÊNCIA, TRATAMENTO HOSPITALAR DE SENILIDADE; PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, REALIZADO À REVELIA DA UNIMED DE CATANDUVA.

IV.8 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS E/OU COSMÉTICAS BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM: TODO AQUELE QUE NÃO VISA RESTAURAR FUNÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;

IV.9 – SPA, CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

IV.10 – LIPOASPIRAÇÃO; ESCLEROTERAPIA DE VARIZES.

IV.11 – TRATAMENTOS CLÍNICOS E/OU CIRURGIAS PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO, PARA EMAGRECIMENTO.

IV.12 – REVERSÃO DOS PROCEDIMENTOS DE VASECTOMIA BILATERAL E LAQUEADURA TUBÁRIA (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES).

IV.13 – PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO.

IV.14 – IMPLANTE E TRANSPLANTE DE: FÍGADO; CORAÇÃO; PÂNCREAS; PULMÃO; TRANSPLANTES DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO OS DE RINS E CÓRNEAS, BEM COMO OS AUTÓLOGOS, ALOGENICOS, DE INTESTINO E DE TESTÍCULO, CONFORME ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

IV.15 – DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS.

IV.16 – COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSPLANTE OU RETIRADA DO ÓRGÃO DO(A) DOADOR(A); COM EXCEÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DOS TRANSPLANTES COM COBERTURA GARANTIDA NESTE CONTRATO.

IV.17 – TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA QUE REQUEIRA AMBIENTE HOSPITALAR.

IV.18 – PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

IV.19 – EXAME DE PATERNIDADE.

IV.20 – ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS.

IV.21 – NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO (EXCETO PARA TOXICOLOGIA).

IV.22 – INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CASOS DE EXAMES ESPECIAIS, QUE NÃO EXIJAM HOSPITALIZAÇÃO, SALVO OS CASOS DE EXAMES MÉDICOS SÓ PASSÍVEIS DE EXECUÇÃO SOB ANESTESIA GERAL, OU PARA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ORTESES E PRÓTESES:

IV.23 – AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO.

IV.24 – FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO.

IV.25 – FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO RELACIONADOS COM O ATO CIRÚRGICO E NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE OU PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA): PRÓTESE COMO QUALQUER DISPOSITIVO PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, E ÓRTESE QUALQUER DISPOSITIVO PERMANENTE OU TRANSITÓRIO, INCLUINDO MATERIAIS DE OSTEOSSÍNTESE, QUE AUXILIE AS FUNÇÕES DE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, SENDO NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO AQUELES DISPOSITIVOS CUJA COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO NÃO REQUEIRAM A REALIZAÇÃO DE ATO CIRÚRGICO;

IV.26 – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS: MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS SÃO AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);

IV.27 – MEDICAMENTOS NÃO AUTORIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE OU NÃO REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.

IV.28 – VACINA DESSENSIBILIZANTE.

IV.29 – VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO(A)).

ATENDIMENTO DOMICILIAR:

IV.30 – ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR.

IV.31 – CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

IV.32 – MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR.

IV.33 – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR: MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR SÃO AQUELES QUE NÃO REQUEREM ADMINISTRAÇÃO ASSISTIDA, OU SEJA, NÃO NECESSITAM DE INTERVENÇÃO OU SUPERVISÃO DIRETA DE PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO OU CUJO USO NÃO É EXCLUSIVAMENTE HOSPITALAR, PODENDO SER ADQUIRIDOS POR PESSOAS FISICAS EM FARMÁCIAS DE ACESSO AO PÚBLICO E ADMINISTRADOS EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE (HOSPITAIS, CLÍNICAS, AMBULATÓRIOS E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA);

IV.34 –SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR.

IV.35 – SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:

IV.36 – DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, ALIMENTAÇÃO DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL E TOALETE; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO(A) BENEFICIÁRIO(A) TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGOBAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO, CASO OCORRAM, SERÃO PAGAS EM SEPARADO PELO(A) BENEFICIÁRIO(A).

IV.37 – DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) E NÃO PRESCRITAS PELO(A) MÉDICO(A) COOPERADO(A).

IV.38 – ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE CONTRATO; ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA (COMO,

POR EXEMPLO, DENTRE OUTROS, NOS SEGUINTE HOSPITAIS → na **Bahia**: Hospital São Raphael; no **Rio Grande do Sul**: Instituto de Cardiologia; em **São Paulo**: Hospital Israelita Albert Einsten, Hospital Sírio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração; Hospital Beneficência Portuguesa,

Hospital Oswaldo Cruz, Hospital São Luiz; no **Rio de Janeiro**: Casa de Saúde São José, Hospital Copa D'or, Pró-Cardíaco; **ETC.**).

IV.39 – ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, EXCETO NA HIPÓTESE DE COMPROVADA INDISPONIBILIDADE DE LEITO HOSPITALAR NO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO PREVISTO NESTE CONTRATO.

IV.40 – TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES, EXCETO PARA O ACOMPANHANTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS DE IDADE E DE IDOSOS A PARTIR DE 60 (SESSENTA) ANOS DE IDADE, BEM COMO PARA ACOMPANHANTE DE PORTADORE(A)S DE NECESSIDADES ESPECIAIS, CONFORME INDICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) CREDENCIADO(A), E DE UM(A) ACOMPANHANTE INDICADO(A) PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.

IV.41 – SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

OUTROS:

IV.42 – PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED DE CATANDUVA.

IV.43- HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA.

IV.44 – NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO.

IV.45 – CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

IV.46 – SERVIÇOS NÃO REGULAMENTADOS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

IV.47 – NÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA UNIMED DE CATANDUVA SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, EXAMES E TRATAMENTOS PRESTADOS POR PROFISSIONAIS QUE NÃO INTEGREM SEU CORPO CLÍNICO OU QUADRO DE CREDENCIADO(A)S, OU QUE POR ELA NÃO ESTEJAM ESPECÍFICA E PREVIAMENTE AUTORIZADOS, EXCETO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NOS EXATOS TERMOS E CONDIÇÕES DESTE CONTRATO E DA LEI Nº 9.656/98.

IV.48 – NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED DE CATANDUVA ONDE O(A) BENEFICIÁRIO(A)

ESTÁ INSCRITO(A), A CONTRATADA O(A) ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRO(A) PRESTADOR(A) CREDENCIADO(A). AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO(A) BENEFICIÁRIO(A), OBSERVADOS OS NORMATIVOS VIGENTES.

IV.49 – INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL: TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO; ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;

IV.50 – FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO RELACIONADOS COM O ATO CIRÚRGICO E NÃO RECONHECIDOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA): PRÓTESE COMO QUALQUER DISPOSITIVO PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, E ÓRTESE QUALQUER DISPOSITIVO PERMANENTE OU TRANSITÓRIO, INCLUINDO MATERIAIS DE OSTEOSSÍNTESE, QUE AUXILIE AS FUNÇÕES DE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, SENDO NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO AQUELES DISPOSITIVOS CUJA COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO NÃO REQUEIRAM A REALIZAÇÃO DE ATO CIRÚRGICO;

IV.51 – PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM SAÚDE OCUPACIONAL, COMPREENDIDOS OS EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

V.1 – O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º.08.2015, desde que até referida data não seja feito nenhum pagamento à operadora.

V.2 – O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

VI.1 – Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de

adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, e, posteriormente, para cada beneficiário(a) individualmente que venha a ser incluído pela CONTRATANTE.

VI.2 – Os serviços contratados serão prestados ao(à)s beneficiário(a)s regularmente inscritos após o cumprimento das carências abaixo especificadas:

VI.2.1 – Atendimento de urgências/emergências: 24 (vinte e quatro) horas (vide Cláusula VIII – Atendimento de Urgência e Emergência).

VI.2.2 – Partos a Termo: 300 (trezentos) dias.

VI.2.3 – consultas e exames de rotina relativos a análises clínicas; raios-X; eletrocardiografia e eletroencefalografia convencional: 30 (trinta) dias.

VI.2.4 – Demais Casos: 180 (cento e oitenta) dias.

VI.3 – Quando o número de participantes no contrato for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiário(a)s, não será exigido o cumprimento dos prazos de carência acima definidos desde que o(a) beneficiário(a) formalize o pedido de ingresso dentro de 30 (trinta) dias da data da vigência do contrato ou dentro de 30 (trinta) dias da data de sua vinculação à CONTRATANTE.

VI.4 – Após o decurso do(s) prazo(s) definido(s) no item supra, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação específica vigente e deste CONTRATO.

VII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

VII.1 – O(A) beneficiário(a) deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

VII.2 – Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o(a) beneficiário(a) ou seu(sua) representante legal saiba ser portador(a) ou sofredor(a), no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007, e suas posteriores atualizações.

VII.3 – Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o(a) Beneficiário(a) Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um(a) médico(a) para orientá-lo(a).

VII.4 – O(A) beneficiário(a) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um(a) médico(a) pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o(a) beneficiário(a).

VII.5 – Caso o(a) beneficiário(a) opte por ser orientado(a) por médico(a) não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

VII.6 – O objetivo da entrevista qualificada é orientar o(a) beneficiário(a) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o(a) beneficiário(a) saiba ser portador(a) ou sofredor(a), no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

VII.7 – É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no(a) beneficiário(a) pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

VII.8 – Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do(a) beneficiário(a), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

VII.9 – Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo(a) beneficiário(a) ou seu(sua) representante legal.

VII.10 – Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o(a) beneficiário(a) tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o(a) beneficiário(a).

VII.11 – Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

VII.12 – Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

VII.13 – É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

VII.14 – Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

VII.15 – O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

VII.16 – Identificado indício de fraude por parte do(a) beneficiário(a), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao(à) beneficiário(a) através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do(a) beneficiário(a) à Cobertura Parcial Temporária.

VII.17 – Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

VII.18 – A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do(a) Beneficiário(a) sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

VII.19 – A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

VII.20 – Se solicitado pela ANS, o(a) Beneficiário(a) deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

VII.21 – Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o(a) Beneficiário(a) passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído(a) do contrato.

VII.22 – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

VII.23 – Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

VIII.1 – É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

I – urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

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

VIII.2 – Estarão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

VIII.3 – A cobertura será prestada por 12(doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

VIII.3.1 – os atendimentos de urgência e emergência, referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

VIII.3.2 – os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

VIII.3.3 – os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

VIII.4 – Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO:

VIII.5 – A remoção do(a) paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

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

Da Remoção para o SUS:

VIII.6 – À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

VIII.7 – Quando não puder haver remoção por risco de morte, o(a) CONTRATANTE e o(a) prestador(a) do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

VIII.8 – A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o(a) paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

VIII.9 – Se o(a) paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO:

VIII.10 – Será garantido ao(à) Beneficiário(a) o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

VIII.11 – O(A) beneficiário(a) terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Recibos Originais;
 - Relatório do(a) médico(a) assistente indicando a patologia e procedimento adotado.
 - Conta médico-hospitalar, detalhando os preços dos itens cobrados que compuseram a referida conta, um-a-um;
 - Declaração do(a) médico(a) assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.
- (Quando houver franquias ou co-participação, estas serão deduzidas do valor a ser reembolsado).

VIII.12 – O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

IX.1 – Além das ações de controle mencionadas neste Contrato, fica estabelecido o fator de regulação abaixo, consistente em uma das formas de gerenciamento prevista na Lei nº 9.656/98, com o objetivo de evitar o uso descontrolado dos serviços e garantir o equilíbrio financeiro do Contrato bem como o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais por parte do(a)s beneficiário(a)s:

IX.1.1 – "**co-participação**", ou seja, a parte efetivamente paga pelo(a) beneficiário(a) à UNIMED DE CATANDUVA, referente à realização do procedimento.

IX.2 – Para a utilização dos serviços assistenciais de saúde aqui pactuados o(a)s beneficiário(a)s titular(es) e respectivo(a)s dependente(s), estão sujeitos ao pagamento da "**co-participação**" nos procedimentos relacionados nas CLÁUSULAS ESPECÍFICAS, conforme respectivo plano de saúde ao qual estiver vinculado(a).

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:

IX.3 – A CONTRATADA fornecerá ao(à) beneficiário(a) titular, e respectivo(a)s dependentes, o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o exercício dos direitos e vantagens ajustados neste contrato.

IX.4 – A qualquer tempo, poderá a UNIMED DE CATANDUVA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus/suas beneficiário(a)s, para uma melhor prestação dos serviços.

IX.5 – Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar o fato, por escrito, à UNIMED DE CATANDUVA, em 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

IX.6 – Será cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, atualmente no valor de R\$ 10,00 (dez reais), o qual poderá ser reajustado por ato da Diretoria Executiva da UNIMED DE CATANDUVA .

IX.7 – Nenhum atendimento ou serviço previsto neste CONTRATO será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do(a) beneficiário(a), acompanhado de cédula de identidade do(a) mesmo(a) ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

IX.8 – Em caso de exclusão de beneficiário(a)s, rescisão e/ou resolução deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

IX.9 – Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

IX.9.1 – Consultas Médicas: O(A)s Beneficiário(a)s serão atendido(a)s no consultório do(a)s médico(a)s cooperado(a)s, indicado(a)s na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo(a) médico(a) que estiver de plantão.

IX.9.2 – Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médico(a)s cooperado(a)s nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo(a) médico(a) cooperado(a), previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

IX.9.3 – Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo(a) médico(a) cooperado(a), previamente autorizada pela CONTRATADA.

IX.9.4 – Nos casos de urgência e emergência, o(a) beneficiário(a), ou quem responda por ele(a), terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

IX.9.5 – Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o(a) beneficiário(a), ou quem responda por ele(a), deve dirigir-se à CONTRATADA munido do cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

IX.9.6 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo(a) médico(a) assistente, não havendo restrição ao(à)s não cooperado(a)s.

IX.9.7 – A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada a urgência; observa a legislação regulamentar específica aplicável.

IX.9.8 – Os serviços assegurados serão prestados exclusivamente dentro dos

recursos próprios ou contratados da UNIMED CATANDUVA e somente pelo(a)s médico(a)s cooperado(a)s ou credenciado(a)s, conforme relação entregue ao(à) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR, excetuando-se os casos de urgência e emergência.

IX.9.9 – Os hospitais de tabela própria, inclusive os dispostos a seguir, não estão incluídos na cobertura do plano de saúde objeto deste CONTRATO, ainda que, eventualmente, façam parte dos serviços contratados de qualquer cooperativa do Sistema Nacional Unimed, e ainda que se trate de atendimento de urgência ou emergência:

- a) **Bahia:** Hospital São Raphael;
- b) **Rio Grande do Sul:** Instituto de Cardiologia;
- c) **São Paulo:** Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração; Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital São Luiz;
- d) **Rio de Janeiro:** Casa de Saúde São José, Hospital Copa D'or, Pró-Cardíaco.

JUNTA MÉDICA:

IX.10 – Será garantido, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo(a) médico(a) solicitante ou nomeado(a) pelo(a) beneficiário(a), por médico(a) da UNIMED DE CATANDUVA e por um(a) terceiro(a), escolhido de comum acordo pelo(a)s dois(duas) outro(a)s médico(a)s, sendo que o(a) médico(a) solicitante ou nomeado pelo(a) beneficiário(a) poderá recusar somente até 3 (três) profissionais indicado(a)s pela OPERADORA, tudo nos termos da legislação regulamentar específica aplicável.

IX.11 – Cada uma das partes pagará os honorários do(a) profissional que nomear, exceto se o(a) médico(a)-assistente escolhido(a) pelo(a) beneficiário(a) pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA que, nesse caso, arcará com os honorários de ambo(a)s o(a)s nomeado(a)s. A remuneração do(a) terceiro(a) desempatador(a) deverá ser paga pela CONTRATADA.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

IX.12 – A UNIMED DE CATANDUVA expedirá um "Guia Médico" no qual constarão:

- Relação do(a)s médico(a)s cooperado(a)s, com indicação de sua(s) especialidade(s) e endereço(s) de seu(s) consultório(s).
- Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia.
- Relação de serviços de urgência/emergência.
- Hospital contratado/próprio.

IX.13 – A relação contendo os dados do(a)s prestadore(a)s de serviços próprio(a)s e credenciado(a)s da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da UNIMED DE CATANDUVA ou em seu seite da internet.

IX.14 – A UNIMED DE CATANDUVA poderá, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadore(a)s de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, devendo comunicar as alterações referentes a rede hospitalar ao(à) CONTRATANTE e à A.N.S. - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei nº 9.656/98.

IX.15 – A substituição da entidade hospitalar por outra equivalente ocorrerá mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

IX.16 – Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA, durante período de internação do(a) beneficiário(a) titular o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do(a) médico(a) assistente, na forma deste contrato.

IX.17 – Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa, nos moldes da legislação aplicável.

IX.18 – A realização dos procedimentos de transplantes cobertos por este contrato deverão observar a legislação específica vigente.

IX.19 – O(a)s beneficiário(a)s candidato(a)s a transplantes de órgãos (rim; córneas; autólogos) provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá(ão), obrigatoriamente, estar inscrito(a)(s) em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's – e sujeitar-se-á(ão) ao critério de fila única de espera e de seleção.

IX.20 – A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

IX.21 – É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o(a) beneficiário(a) receptor.

X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

X.1 – O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré - estabelecido.

X.2 – A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante.

X.3 – Para os fins dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, observar-se-á o disposto nas Resoluções Normativas RN nº 195, de 14.07.2009, e RN nº 279, de 24.11.2011, e suas posteriores atualizações.

X.4 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores contratados, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas, com vencimento todo dia 10 (dez).

X.5 – Quando a data de vencimento das faturas cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

X.6 – As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE, até o dia 10 (dez) do mês anterior ao qual se refere a fatura.

X.7 – Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

X.8 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 0,033% (trinta e três centésimos por cento) ao dia, calculados sobre o valor do débito atualizado.

X.9 – A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

XI – REAJUSTE

XI.1 – O reajuste sobre todos os valores de remuneração do presente contrato será aplicado automática e anualmente, tendo como data base o mês de início de vigência contratual (data de aniversário do contrato).

XI.2 – O presente 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 do(a)s beneficiário(a)s. Caso nova legislação venha a autorizar a aplicação de reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, fica desde já convencionada a imediata observação da menor periodicidade legalmente autorizada.

XI.3 – Fica estabelecido que independentemente da data de inclusão do(a)s beneficiário(a)s (titulares, dependentes, agregado/as, etc.) neste plano de saúde, os valores de suas mensalidades/contraprestações serão reajustados integralmente na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

XI.4 – Além da(s) modalidade(s) de reajuste(s) prevista(s) nesta cláusula geral, deverão ser observadas as regras de reajuste por mudança de faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário(a), exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

XI.5 – O valor das mensalidades/contraprestações e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiário(a)s serão reajustados anualmente, ou na menor periodicidade legalmente autorizada, de acordo com a variação do(s) índice(s) estabelecido(s) pelas partes nessa cláusula geral.

XI.6 – A taxa de inscrição e as coparticipações, quando estabelecidas em valor (moeda corrente do país), serão reajustadas pelo índice obtido para reajuste das mensalidades/contraprestações.

XI.7 – Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferentes para o(a)s beneficiário(a)s que façam parte de um mesmo plano deste contrato.

XI.8 – A CONTRATADA compromete-se a informar à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) o(s) reajuste(s) aplicado(s) nesse contrato, nos termos da legislação vigente.

XI.9 – As partes reconhecem que os valores pactuados neste instrumento foram determinados considerando os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de beneficiário(a)s vinculado(a)s no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos privados de assistência a saúde. Assim, qualquer alteração destes itens poderá ensejar a tomada de medidas legais para manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, com a devida comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

XI.10 – Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa – RN n° 309, de 24.10.2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e posteriores alterações, caso for verificado que a quantidade de beneficiário(a)s vinculado(a)s a este plano de saúde é inferior a 30 (trinta) participantes, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes do agrupamento deste contrato com todos os demais contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 (trinta) beneficiário(a)s. Caso for verificado que a quantidade de beneficiário(a)s vinculado(a)s a este plano de saúde é igual ou superior a 30 (trinta) participantes, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiário(a)s vinculada exclusivamente a este instrumento.

XI.11 – A quantidade de beneficiário(a)s acima estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento deverá ser verificada na data de sua assinatura e anualmente reavaliada no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento. Em um dos meses entre fevereiro a abril de cada ano, a ser definido pela CONTRATADA, esta identificará os contratos de planos coletivos em vigor, empresarial e por adesão, que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiário(a)s vinculado(a)s a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

XI.12 – Para fins do disposto no item anterior, serão considerado(a)s todo(a)s o(a)s beneficiário(a)s vinculado(a)s à mesma pessoa jurídica contratante, ainda que vinculado(a)s a outro plano de saúde contratado com esta operadora.

XI.13 – O agrupamento de contratos é medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para este fim, considera-se: **I** – agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles; **II** – contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiário(a)s, menos de 30 (trinta) beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme legislação específica aplicável; **III** – período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiário(a)s, que deve ser apurada previamente em data certa, conforme legislação específica aplicável; **IV** – período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste contida na legislação específica aplicável; e, **V** – período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio de um ano e abril do ano subsequente em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

XI.14 – Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, conforme regras abaixo ajustadas nos subitens REAJUSTE PARA ESTE CONTRATO CASO ESTEJA AGREGADO AO AGRUPAMENTO.

XI.15 – Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme regras abaixo ajustadas nos subitens REAJUSTE PARA ESTE CONTRATO CASO NÃO ESTEJA AGREGADO AO AGRUPAMENTO.

XI.16 – Nos moldes da legislação específica aplicável, ficarão disponíveis, no endereço eletrônico (site) dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema

RPC (Reajuste de Planos Coletivos), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

XI.17 – As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos de reajuste previstos no contrato, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

REAJUSTE PARA ESTE CONTRATO CASO ESTEJA AGREGADO AO AGRUPAMENTO

XI.18 – O reajuste a ser aplicado a este contrato, caso esteja agregado ao agrupamento, será obtido através da seguinte fórmula:

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

onde:

$R_{Financeiro}$ (**Reajuste Financeiro**): corresponderá à variação positiva do IPC – Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE – (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulada no período de 12 (doze) meses, compreendido entre fevereiro, março ou abril do exercício antecedente e, respectivamente, janeiro, fevereiro ou março do exercício da divulgação do referido índice, a critério da CONTRATADA. Caso este seja extinto, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

$R_{Tecnico}$ (**Reajuste Técnico**): determinado em função da sinistralidade de todos os contratos agregados ao agrupamento, apurado com margem de segurança e meta adiante estabelecida, de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{S + z_{\gamma} \cdot \frac{\sigma_S}{\sqrt{n}}}{S_m} - 1$$

onde:

S = corresponde a sinistralidade do período (doze meses) de todos os contratos agregados ao agrupamento (total de despesas assistenciais / total de contraprestações);

S_m = corresponde a meta de sinistralidade, ou seja, 75% (=0,75);

z_γ ~ N(0;1) para um determinado nível de confiança **γ**;

σ_S = desvio padrão da sinistralidade de cada contrato agregado;

n = número de meses observados.

A sinistralidade deste(s) contrato(a) será apurada considerando o mesmo período de 12 (doze) meses para determinação do $R_{Financeiro}$ (Reajuste Financeiro), observando a meta

convencionada em 75% (setenta e cinco por cento), conforme fórmula abaixo especificada. Caso a sinistralidade seja menor que a meta retro estabelecida, não haverá reajuste técnico, e sim apenas o reajuste financeiro.

$$S = \frac{DA - C}{R}$$

onde:

S = Sinistralidade de todos os contratos agregados ao agrupamento;
DA = Despesas Assistenciais de todos os contratos agregados ao agrupamento;
C = Recuperação de coparticipação de todos os contratos agregados ao agrupamento;
R = Receita de todos os contratos agregados ao agrupamento.

REAJUSTE PARA ESTE CONTRATO CASO NÃO ESTEJA AGREGADO AO AGRUPAMENTO

XI.19 – O reajuste a ser aplicado a este contrato, caso não esteja agregado ao agrupamento, será obtido através da seguinte fórmula:

$$REAJUSTE = (1 + R_{Técnico}) \times (1 + R_{Financeiro}) - 1$$

onde:

$R_{Financeiro}$ (**Reajuste Financeiro**): corresponderá à variação positiva do IPC – Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE – (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulado nos últimos 12 (doze) meses, com uma antecedência de 01 (um) a 02 (dois) meses em relação à data-base de seu aniversário. Caso este seja extinto, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

$R_{Técnico}$ (**Reajuste Técnico**): determinado em função da sinistralidade do(s) contrato(s), apurado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R_{Técnico} = \frac{S}{S_m} - 1$$

onde:

S = corresponde a sinistralidade do período – 12 meses (total de despesas assistenciais / total de contraprestações);
 S_m = corresponde a meta de sinistralidade – 75% (=0,75).

A sinistralidade deste(s) contrato(a) será apurada considerando o mesmo período de 12 (doze) meses para determinação do $R_{Financeiro}$ (Reajuste Financeiro), observando a meta convencionada em 75% (setenta e cinco por cento), conforme fórmula abaixo especificada. Caso a sinistralidade seja menor que a meta retro estabelecida, não haverá reajuste técnico, e sim apenas o reajuste financeiro.

$$S = \frac{DA - C}{R}$$

onde:

S = Sinistralidade;
DA = Despesas Assistenciais;
C = Recuperação de coparticipação;
R = Receita.

XII – FAIXAS ETÁRIAS

XII.1 – As faixas etárias de que trata este Contrato, para fins de reajuste, são as relacionadas nas CLÁUSULAS ESPECÍFICAS, conforme respectivo plano de saúde ao qual o(a) beneficiário(a) estiver vinculado(a).

XII.2 – As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o(a) Usuário(a) inscrito esteja enquadrado(a), sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária do(a) Usuário(a) deste Contrato, dar-se-ão automaticamente no mês subsequente à data de aniversário de cada Usuário(a), conforme os percentuais estipulados nas CLÁUSULAS ESPECÍFICAS.

XII.3 – A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais estipulados nas CLÁUSULAS ESPECÍFICAS, conforme respectivo plano de saúde ao qual o(a) beneficiário(a) estiver vinculado(a), que incidirão sobre o preço pago pelo(a) CONTRATANTE e não se confundem com o reajuste pela variação de custos.

XII.4 – Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

XIII.1 – As partes estabelecem as regras para o exercício do benefício de que tratam os art. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

XIII.2 – Para efeitos deste instrumento considera-se:

XIII.2.1 – contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

XIII.2.2 – mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

XIII.2.3 – novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

XIII.3 – Terão direito à manutenção da condição de beneficiário os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíssem para custear o plano de privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência do vínculo empregatício.

XIII.4 – Para fins do direito estabelecido no caput computar-se-á o período no qual o empregado contribuiu para manutenção do plano contratado anteriormente à Lei 9.656/98, desde que tenha realizado a adaptação ou migração.

XIII.5 – A manutenção da condição de beneficiário é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o ex-empregado manter-se, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

XIII.6 – A disposição prevista no parágrafo anterior não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário

XIII.7 – Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, no período de manutenção da condição de beneficiário, desde que assumam o seu pagamento integral da mensalidade.

XIII.8 – O direito de manutenção da condição de beneficiário não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

XIII.9 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado o direito de considerar, para fins de cálculo do período de manutenção do benefício, o período de contribuição para o plano privado de assistência oferecido pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora.

XIII.10 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado o direito de considerar, para fins de cálculo do período de manutenção do benefício, o período de contribuição para o plano privado de assistência oferecido pelo empregador que foi submetido a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

Do Prazo de Manutenção do Benefício

XIII.11 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para o custeio do plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo período de 1/3 (um terço) do tempo que contribuiu, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que assuma o seu pagamento integral.

XIII.12 – É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o custeio do plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral:

XIII.12.1 – por prazo indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou

XIII.12.2 – à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

XIII.13 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei 9.656/98 e na RN 279 de 2011 e suas posteriores alterações.

XIII.14 – O direito de manutenção de que trata este artigo é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998, desde que assuma o seu pagamento integral da mensalidade.

XIII.15 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

XIII.16 – A contagem do prazo previsto no caput somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por meio da Declaração de opção de manutenção da condição de beneficiário – Anexo II do presente Instrumento.

XIII.17 – A exclusão do ex-empregado da condição de beneficiário ativo, somente será processada pela Contratada, mediante apresentação das seguintes informações e documentos:

XIII.17.1 – Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

XIII.17.2 – Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se trata de empregado que continuava trabalhando na mesma empresa após a aposentadoria.

XIII.17.3 – Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

XIII.17.4 – Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

XIII.17.5 – Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

XIII.17.6 – Cópia da declaração de opção de manutenção da condição de beneficiário, assinada pelo ex-empregado.

XIII.17.7 – Cópia da comunicação de aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

Da Contribuição

XIII.18 – Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

XIII.19 – Considera-se, também, contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano

privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

XIII.20 – Os direitos à manutenção da condição de beneficiário, não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de co-participação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

XIII.21 – Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos à manutenção da condição de beneficiário, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde

Do Plano Privado de Assistência à Saúde

XIII.22 – A Contratante manterá o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

Do Preço

XIII.23 – O preço a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

XIII.24 – A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que optou por manter o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício.

XIII.25 – Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

XIII.26 – As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo foram fixadas em função da idade do(a) beneficiário(a) inscrito(a) de acordo com as faixas etárias e conforme percentuais de reajuste incidente em cada uma delas, conforme disposto nas-CLÁUSULAS ESPECÍFICAS respectivamente ao plano de saúde ao qual o(a) beneficiário(a) estiver vinculado(a):

XIII.27 – Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais de reajuste da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade.

XIII.28 – Os aumentos decorrentes da mudança por faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

XIII.29 – Não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo junto à Contratante, uma vez que a mensalidade destes é estipulada por preço único.

XIII.30 – As partes estabelecem que em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador: Para a formação do preço único, será considerada a média ponderada da variação da distribuição das vidas em relação aos riscos da operação do plano, acrescido de carregamentos e margem de segurança, por faixa etária.

Da Extinção do Direito

XIII.31 – A condição do beneficiário deixará de existir:

XIII.31.1 – Pelo decurso do prazo de manutenção da condição de beneficiário.

XIII.31.2 – Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

XIII.31.3 – O cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

XIII.32 – No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da Contratante, os beneficiário poderão optar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano individual ou familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

XIII.32.1 – A contratada disponha de um plano individual ou familiar.

XIII.32.2 – O beneficiário Titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes.

XIII.32.3 – O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano individual ou Familiar.

Da Portabilidade

XIII.33 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para o plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN

279/2011 c.c artigo 7º da RN 186/2009, e suas posteriores alterações, desde que sejam atendidos os seguintes requisitos:

XIII.33.1 – Estar adimplente junto à operadora do plano de origem.

XIII.33.2 – O plano de destino estar em tipo compatível com o plano de origem.

XIII.33.3 – A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão.

XIII.33.4 – O plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”.

XIII.34 – A portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado:

XIII.34.1 – no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente; ou

XIII.34.2 – no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII.34.3 – O beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes.

XIII.35 – O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

XIII.36 – O beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

XIV – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A)

XIV.1 – A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

XIV.1.1 – Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

XIV.1.2 – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

XIV.2 – Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

XIV.3 – A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

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

XV – RESCISÃO

XV.1 – O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 10 (dez) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

XV.2 – Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

a) prática de fraude comprovada;

b) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

XV.3 Fica também expressamente ajustado que no caso de falência, liquidação, extinção, cancelamento, baixa ou qualquer outro fato jurídico desta natureza que venha ocorrer com quaisquer das partes contratantes, a rescisão deste contrato operar-se á de pleno direito, imediatamente independentemente de notificação.

XV.4 – O presente contrato poderá ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Durante o período de 60 (sessenta) dias compreendido entre a notificação de rescisão e a efetiva rescisão do presente contrato as partes ficam impedidas de realizarem qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários.

XV.5 – É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

XVI.1 – Fica inequivocamente ajustado que os cartões de identificação expedidos pela UNIMED DE CATANDUVA em função das obrigações do presente Contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se o(a) CONTRATANTE a recolhê-los e devolvê-los no caso de rescisão contratual.

XVI.2 – PERÍCIA E APRIMORAMENTO: À UNIMED DE CATANDUVA fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, bem como analisar o prontuário do(a)s Usuário(a)s, tanto em sua sede social como nos serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pelo(a) CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

XVI.3 – As partes destacam, de forma irretorquível, que a responsabilidade da UNIMED DE CATANDUVA limita-se à relação de serviços enumerados na Cláusula "Coberturas e Procedimentos Garantidos", considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos do(a)s Usuário(a)s; portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste Contrato e no rol de procedimentos editado pela A.N.S. não tem cobertura neste Contrato.

XVI.4 – A responsabilidade da UNIMED DE CATANDUVA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do(a) CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

XVI.5 – A UNIMED DE CATANDUVA poderá estabelecer gerenciamento das ações de saúde que poderá ser realizado através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais e na Lei nº 9.656/98.

XVI.6 – Não dispondo a UNIMED DE CATANDUVA, em sua rede definida no Guia Médico, de recursos para o atendimento do(a) Usuário(a) dentro das obrigações contratuais, esta disponibilizará os recursos das Unimed's Singulares no âmbito da

Federação das Unimed's (ou Intrafederativa) à qual estiver filiada, sendo vedada a realização dos procedimentos através de quaisquer outros recursos. Caso estas Unimed's também não disponham dos recursos necessários, a UNIMED DE CATANDUVA indicará onde o(a) Usuário(a) poderá realizar o procedimento ou autorizará a realização do atendimento através do sistema de reembolso.

XVI.7 – Todos os ônus referentes aos serviços objetos deste contrato são de responsabilidade da UNIMED DE CATANDUVA, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED DE CATANDUVA não autoriza qualquer acordo entre o(a)s Usuário(a)s e os profissionais cooperados e instituições UNIMED's, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência à presente cláusula.

XVI.8 – O(A)s beneficiário(a)s com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes, crianças até cinco anos e portadores de deficiência têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

XVI.9 – O(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED DE CATANDUVA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

XVI.10 – O(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à UNIMED DE CATANDUVA, inclusive no que se refere aos dados constantes no "**Termo de Adesão**" específico, sobretudo no que diz respeito ao(à)s beneficiário(a)s a serem incluído(a)s.

XVI.11 – O(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR autoriza a UNIMED DE CATANDUVA a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde .

XVI.12 – É obrigação do(a) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço de seu(sua)s beneficiário(a)s, sendo que se assim não proceder estará isentando a UNIMED DE CATANDUVA de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

XVI.13 – São documentos integrantes do presente contrato, dentre outros:

- a) Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Consumidor; e
- b) Declaração de recebimento dos Manuais de orientação para Contratação (Instrução Normativa nº 20 da DIPRO/ANS);
- c) Guia Médico (01 para cada beneficiário(a) titular).

XVI.14 – Para os fins deste CONTRATO, ficam definidos nessas condições gerais, os seguintes conceitos:

AGRAVO: acréscimo no valor da contraprestação pecuniária para que o(a) consumidor(a) tenha direito à cobertura completa à doença ou lesão preexistente

declarada, respeitadas as características do plano e após o cumprimento dos prazos de carências contratuais.

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

ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer acontecimento casual, fortuito e imprevisto, que ocorra com o(a) beneficiário(a) em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto, nos termos da legislação trabalhista.

ACOMODAÇÃO HOSPITALAR COLETIVA (ENFERMARIA): Quarto com mais de 1 (um) leito.

ACOMODAÇÃO HOSPITALAR INDIVIDUAL (APARTAMENTO): Quarto individual com banheiro privativo.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei nº 9.961/2000, que edita normas e fiscaliza as Operadoras e os Planos Privados de Assistência à Saúde.

AREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde que foram estipuladas neste CONTRATO.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do consultório e do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, tal como determinado pelo vigente Rol de Procedimentos da ANS, e suas possíveis atualizações.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências, tal como determinado pelo vigente Rol de Procedimentos da ANS, e suas possíveis atualizações.

ATENDIMENTO HOSPITALAR: É quando o(a) BENEFICIÁRIO(A) adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento caracterizado como hospitalar pelo vigente Rol de Procedimentos da ANS, e suas possíveis atualizações.

BENEFICIÁRIO(A): é aquele(a) que está sujeito aos direitos e obrigações estipulados neste CONTRATO.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do(a) beneficiário(a), tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações:

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do **início de vigência** do plano/contrato, durante o qual o(a)s beneficiário(a)s não têm direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde determina a identidade do(a) beneficiário(a) (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e também comprovante de sua admissão no plano de saúde.

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga diretamente pelo(a) beneficiário(a) à operadora para a realização do procedimento.

COBERTURAS e PROCEDIMENTOS GARANTIDOS: é o conjunto de procedimentos médicos e odontológicos que serão garantidos ao consumidor, de acordo com a segmentação assistencial e abrangência geográfica pactuada no contrato,

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

CONSULTA: é o ato realizado pelo(a) médico(a), que avalia as condições clínicas do(a) beneficiário(a).

CONVIVENTE ou COMPANHEIRO: é a pessoa que vive em união estável com outrem, caracterizando uma entidade familiar tal como definido pela legislação vigente aplicável.

CUSTO OPERACIONAL: é o custo suportado pelo(a) beneficiário(a) para a realização do atendimento.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: documento integrante do presente plano/contrato que será preenchido pelo consumidor com a informação sobre todas as doenças e lesões preexistentes que ele tenha conhecimento no momento da contratação do plano de saúde, em relação a si e seus dependentes e agregados.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é toda aquela que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura/adesão do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes e agregados.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o(a) beneficiário(a), quando caracterizado em declaração do(a) médico(a) assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA: é o preenchimento do formulário declaração de saúde na presença do médico orientador, e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças e lesões de conhecimento prévio dos participantes.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário. Para efeitos deste CONTRATO são considerados como:

EXAMES SIMPLES ou BÁSICOS: aqueles não caracterizados como de Alta Complexidade pelo vigente Rol de Procedimentos da ANS, disponível para consulta no site www.ans.gov.br.

EXAMES ESPECIAS: aqueles caracterizados como de Alta Complexidade pelo vigente Rol de Procedimentos da ANS, disponível para consulta no site www.ans.gov.br.

GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um(a) beneficiário(a) no plano, que será realizado por meio do Termo de Adesão, que integrará o contrato.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o(a) beneficiário(a) adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à operadora, em face das coberturas previstas no contrato.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente

nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PLANO DE SAÚDE: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, a assistência à saúde.

PLANO-REFERÊNCIA: Plano de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656/98.

PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;

PREÇO PÓS-ESTABELECIDO: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE PARA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: são aqueles definidos como tais pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no ROL de Procedimentos vigente, que poderão constar de cláusula ou aditamento contratual e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

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

RECURSOS OU SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS OU CREDENCIADOS: são todos aqueles colocados à disposição do(a) beneficiário(a) pela operadora, aonde serão realizados todos os atendimentos previstos no presente contrato, conforme Guia de Serviços de Saúde entregue à parte contratante na oportunidade da contratação do plano de saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios para os planos, de acordo com a segmentação assistencial de cada um (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia e procedimentos de alta complexidade), disponível para consulta na sede da UNIMED DE CATANDUVA.

SERVIÇO OU COBERTURA ADICIONAL: é uma cobertura não obrigatória pela regulamentação, oferecida aos consumidores, de acordo com nas condições expressas do contrato.

TERMO DE ADESÃO: documento pelo qual o(a)s beneficiário(a)s serão inscritos no presente contrato, que atendidas as condições, integrará o presente para todos os fins de direito.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico regida pela Lei nº 5.764/71, criada e dirigida por médicos.

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

XVII – ELEIÇÃO DE FORO

XVII.1 – Fica eleito o Foro do(a) CONTRATANTE para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das regras deste Contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

XVII.2 – Caso a UNIMED DE CATANDUVA seja demandada pela CONTRATANTE em qualquer outro Foro que não o de eleição aqui previsto, esta última ficará responsável pelo ressarcimento de todas as despesas feitas de viagens, traslados, hospedagens, dentre outras, utilizando-se os critérios fixados pela UNIMED DE CATANDUVA. O valor total das despesas ocorridas em um mês será devidamente discriminado e incluído em fatura a ser encaminhada ao(a) CONTRATANTE.

E, POR ESTAREM JUSTOS E CONTRATADOS, ASSINAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM TRÊS VIAS, DE IGUAL TEOR, NA PRESENÇA DAS TESTEMUNHAS ABAIXO QUALIFICADAS.

Catanduva, 18 de Junho de 2015.

MUNICIPIO DE ITAJOBÍ
Sr. Gilberto Roza
(CONTRATANTE)

FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE
Sr. Carlos Alberto Aparecido Piasse
(CONTRATANTE)

UNIMED DE CATANDUVA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
(CONTRATADA)

testemunhas:

Rosângela Aparecida Gisse Pinto
RG. n°: 14.562.906-5 SSP/SP
CPF/MF. n°: 029.102.638-94

Ednéia Cristina Mogneri
RG. n°: 41.356.794-1 SSP/SP
CPF/MF. n°: 292.961.898-10

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR
PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
CONTRATO PESSOA JURÍDICA – COLETIVO EMPRESARIAL**

(CLÁUSULAS ESPECÍFICAS)

I – CARACTERÍSTICAS DO(S) PRODUTO(S) CONTRATADO(S):

I.1 – CARACTERÍSTICAS DO PRIMEIRO PRODUTO CONTRATADO:

nome comercial:	OURO BRANCO A – EMPRESARIAL		
número do registro do plano na ANS:	440.203/02-1		
tipo de contratação:	COLETIVO EMPRESARIAL		
segmentação assistencial do plano de saúde:	AMBULATORIAL	+	HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
área geográfica de abrangência do plano de saúde:	CATANDUVA, ARIRANHA, CATIGUÁ, ELISIÁRIO, EMBAÚBA, IBIRÁ, IRAPUÃ, ITAJOBÍ, NOVAIS, NOVO HORIZONTE, MARAPOAMA, PALMARES PAULISTA, PARAÍSO, PINDORAMA, PIRANGI, SALES, SANTA ADÉLIA, TABAPUÃ E URUPÊS, LOCALIZADOS NO ESTADO DE SÃO PAULO.		
área de atuação do plano de saúde:	CATANDUVA, ARIRANHA, CATIGUÁ, ELISIÁRIO, EMBAÚBA, IBIRÁ, IRAPUÃ, ITAJOBÍ, NOVAIS, NOVO HORIZONTE, MARAPOAMA, PALMARES PAULISTA, PARAÍSO, PINDORAMA, PIRANGI, SALES, SANTA ADÉLIA, TABAPUÃ E URUPÊS, LOCALIZADOS NO ESTADO DE SÃO PAULO.		
padrão de acomodação em internação:	ENFERMARIA (quartos com 2 a 4 leitos, sem direito a acompanhante, ressalvadas as exceções legais e ajustadas no contrato – Cláusulas Gerais)		
formação do preço:	PRÉ PAGAMENTO		
mês de aniversário para fins de reajuste anual da Tabela de Preços conforme Cláusula XI – Reajuste (Cláusulas Gerais):	AGOSTO (de cada ano)		

I.1.1 – TABELA DE PREÇOS DO PRIMEIRO PRODUTO CONTRATADO:

FAIXA ETÁRIA	ACOMODAÇÃO "A" (quarto coletivo de 2 a 4 leitos)
00 a 18 anos	R\$ 71,81
19 a 23 anos	R\$ 91,90
24 a 28 anos	R\$ 105,11

29 a 33 anos	R\$ 112,48
34 a 38 anos	R\$ 123,26
39 a 43 anos	R\$ 152,07
44 a 48 anos	R\$ 192,65
49 a 53 anos	R\$ 230,33
54 a 58 anos	R\$ 265,12
59 em diante	R\$ 416,51

I.1.2 – CO-PARTICIPAÇÃO DO PRIMEIRO PRODUTO CONTRATADO:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS — "CO-PARTICIPAÇÃO" (em R\$ ou em %) —
OBSERVAÇÕES

(incidências)

Consultas Médicas em Consultórios; Clínicas Especializadas – R\$ 20,00 (vinte reais) devidos a partir da 1ª consulta/por beneficiário(a)/ano contratual.

Consultas Médicas em Hospitais (Pronto Socorro) – R\$ 30,00 (trinta reais) devidos a partir da 1ª consulta/ por beneficiário(a)/ano contratual.

Todos os Serviços de Apoio Diagnóstico e Todos os Tratamentos – 20% (vinte por cento) devido por procedimento solicitado, a partir da 1ª consulta /por beneficiário(a)/ ano contratual.

Todos os Atendimentos Ambulatoriais – 20% (vinte por cento) devido por procedimento solicitado, a partir da 1ª consulta/por beneficiário(a)/ano contratual.

Todas as Internações (Clínicas; Cirúrgicas; Eletivas; Urgência/Emergência; Unidade de Terapia Intensiva - UTI; etc.). - R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento.

Internações Psiquiátricas: 30% (trinta por cento) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 31º (trigésimo primeiro) ao 60º (sexagésimo) dia de internação/por beneficiário(a)/ano contratual.

Internações Psiquiátricas: 40% (quarenta) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 61º (sexagésimo primeiro) ao 90º (nonagésimo) dia de internação/por beneficiário(a)/ano contratual.

Internações Psiquiátricas: 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 91º (nonagésimo primeiro) dia em diante de internação/por beneficiário(a)/ano contratual.

I.1.3 – FAIXAS ETÁRIAS DO PRIMEIRO PRODUTO CONTRATADO:

Alteração da Idade	Percentual Ouro Branco A
- para 19 anos	27,98%
- para 24 anos	14,37%
- para 29 anos	07,01%
- para 34 anos	09,58%
- para 39 anos	23,37%
- para 44 anos	26,69%
- para 49 anos	19,56%
- para 54 anos	15,10%
- para 59 anos	57,10%

I.2 – CARACTERÍSTICAS DO SEGUNDO PRODUTO CONTRATADO:

nome comercial:	OURO BRANCO B – EMPRESARIAL		
número do registro do plano na ANS:	440.204/02-9		
tipo de contratação:	COLETIVO EMPRESARIAL		
segmentação assistencial do plano de saúde:	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA		
área geográfica de abrangência do plano de saúde:	CATANDUVA, ARIRANHA, CATIGUÁ, ELISIÁRIO, EMBAÚBA, IBIRÁ, IRAPUÃ, ITAJOBÍ, NOVAIS, NOVO HORIZONTE, MARAPOAMA, PALMARES PAULISTA, PARAÍSO, PINDORAMA, PIRANGI, SALES SANTA ADÉLIA, TABAPUÃ E URUPÊS, LOCALIZADOS NO ESTADO DE SÃO PAULO.		
área de atuação do plano de saúde:	CATANDUVA, ARIRANHA, CATIGUÁ, ELISIÁRIO, EMBAÚBA, IBIRÁ, IRAPUÃ, ITAJOBÍ, NOVAIS, NOVO HORIZONTE, MARAPOAMA, PALMARES PAULISTA, PARAÍSO, PINDORAMA, PIRANGI, SALES, SANTA ADÉLIA, TABAPUÃ E URUPÊS, LOCALIZADOS NO ESTADO DE SÃO PAULO.		
padrão de acomodação em internação:	APARTAMENTO (apartamento simples com direito a acompanhante)		
formação do preço:	PRÉ-PAGAMENTO		
mês de aniversário para fins de reajuste anual da Tabela de Preços conforme Cláusula XI – Reajuste (Cláusulas Gerais):	AGOSTO (de cada ano)		

I.2.1 – TABELA DE PREÇOS DO SEGUNDO PRODUTO CONTRATADO:

FAIXA ETÁRIA	ACOMODAÇÃO "B" (apto simples com direito a acompanhante)
---------------------	---

00 a 18 anos	R\$ 93,42
19 a 23 anos	R\$ 121,98
24 a 28 anos	R\$ 138,80
29 a 33 anos	R\$ 146,20
34 a 38 anos	R\$ 160,34
39 a 43 anos	R\$ 197,50
44 a 48 anos	R\$ 250,52
49 a 53 anos	R\$ 307,52
54 a 58 anos	R\$ 344,38
59 em diante	R\$ 548,99

I.2.2 – CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGUNDO PRODUTO CONTRATADO:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS — "CO-PARTICIPAÇÃO" (em R\$ ou em %) — OBSERVAÇÕES

(incidências)

Consultas Médicas em Consultórios; Clínicas Especializadas – R\$ 20,00 (vinte reais) devidos a partir da 1ª consulta/por beneficiário(a)/ano contratual.

Consultas Médicas em Hospitais (Pronto Socorro) – R\$ 30,00 (trinta reais) devidos a partir da 1ª consulta/ por beneficiário(a)/ano contratual.

Todos os Serviços de Apoio Diagnóstico e Todos os Tratamentos – 20% (vinte por cento) devido por procedimento solicitado, a partir da 1ª consulta /por beneficiário(a)/ano contratual.

Todos os Atendimentos Ambulatoriais – 20% (vinte por cento) devido por procedimento solicitado, a partir da 1ª consulta/por beneficiário(a)/ano contratual.

Todas as Internações (Clínicas; Cirúrgicas; Eletivas; Urgência/Emergência; Unidade de Terapia Intensiva - UTI; etc.). - R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por evento.

Internações Psiquiátricas: 30% (trinta por cento) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 31º (trigésimo primeiro) ao 60º (sexagésimo) dia de internação/por beneficiário(a)/ano contratual.

Internações Psiquiátricas: 40% (quarenta) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 61º (sexagésimo primeiro) ao 90º (nonagésimo) dia de internação / por beneficiário(a)/ano contratual.

Internações Psiquiátricas: 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado/devido junto ao prestador, devidos por dia, do 91º (nonagésimo primeiro) em diante, internação/por beneficiário(a) /ano contratual.

I.2.3 – FAIXAS ETÁRIAS DO SEGUNDO PRODUTO CONTRATADO:

Alteração da Idade	Percentual Ouro Branco B
- para 19 anos	30,57%
- para 24 anos	13,79%
- para 29 anos	05,33%
- para 34 anos	09,67%
- para 39 anos	23,18%
- para 44 anos	26,85%
- para 49 anos	22,75%
- para 54 anos	11,99%
- para 59 anos	59,41%

I.2.4 – DISPOSIÇÃO(ÕES) ESPECÍFICA(S) DO SEGUNDO PRODUTO(S) CONTRATADO(S):

Exclusivamente para o segundo produto(s) contratado(s) (acomodação APARTAMENTO), fica ajustado que a Cláusula IV.40 (do título IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA) não terá aplicação bem como que a Cláusula III.15.6 (do título III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS) vigorará com a seguinte redação:

III.15.6 – Cobertura de despesas de um(a) acompanhante, em especial para pacientes qualificados como crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aquele(a)s portadore(a)s de necessidades especiais, conforme indicação do(a) médico(a) cooperado(a) e de um(a) acompanhante indicado(a) pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

II – CARACTERÍSTICA COMPLEMENTAR APLICÁVEL A AMBOS PRODUTO(S) CONTRATADO(S):

O(A)s beneficiário(a)s titulares (e respectivo grupo familiar incluído no(s) plano(s) de saúde) que mantinham vínculo com o contratante MUNICÍPIO DE ITAJOBÍ e no decorrer da vigência do Contrato de Prestação de Serviços se aposentarem ou se

tornarem pensionistas e forem transferidos para o contratante FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE, passando, assim, a serem vinculado(a)s a este último, manterão a qualidade de beneficiário(a)s desde que apresentada competente Declaração de Vínculo Funcional emitida por este último, respeitadas as condições de dependência para o Grupo Familiar, estabelecidas na Cláusula II – Condições de Admissão, das Cláusulas Gerais. As pessoas vinculadas ao FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE somente serão admitidas como beneficiário(a) do(s) plano(s) de saúde objeto(s) deste contrato caso tenham sido anteriormente incluídas como beneficiário(a) titular por vínculo com o MUNICÍPIO DE ITAJOBÍ, e seu respectivo grupo familiar.

E por estarem assim resolvidas, assinam o presente instrumento (Cláusulas Específicas), em 3 (três) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Catanduva, 18 de Junho de 2015.

MUNICÍPIO DE ITAJOBÍ

Sr. Gilberto Roza
(CONTRATANTE)

FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE

Sr. Carlos Alberto Aparecido Piasse
(CONTRATANTE)

UNIMED DE CATANDUVA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
(CONTRATADA)

testemunhas:

Rosângela Aparecida Gisse Pinto
RG. nº: 14.562.906-5 SSP/SP
CPF/MF. nº: 029.102.638-94

Ednéia Cristina Mogneri
RG. nº: 41.356.794-1 SSP/SP
CPF/MF. nº: 292.961.898-10

ANEXO I

Cláusula I – As partes contratadas estipulam os valores da contraprestação conforme tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	OURO BRANCO “A”	OURO BRANCO “B”
00-18	R\$ 71,81	R\$ 93,42
19-23	R\$ 91,90	R\$ 121,98
24-28	R\$ 105,11	R\$ 138,80
29-33	R\$ 112,48	R\$ 146,20
34-38	R\$ 123,26	R\$ 160,34
39-43	R\$ 152,07	R\$ 197,50
44-48	R\$ 192,65	R\$ 250,52
49-53	R\$ 230,33	R\$ 307,52
54-58	R\$ 265,12	R\$ 344,38
59 em diante	R\$ 416,51	R\$ 548,99

Clausula II – A(s) CONTRATANTE(S) declara(m), nesta oportunidade, ter pleno conhecimento de todas as condições estabelecidas no contrato de plano de saúde contratado, não restando qualquer dúvida a respeito das suas características e das regras contratuais a ele(s) inerentes.

Clausula III – A CONTRATADA fica autorizada a cobrar diretamente na fatura a(s) co-participação(ões) de consultas (eletivas ou não).

Clausula IV – As partes declaram, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas.

E por estarem assim resolvidas, assinam o presente Anexo I, em 3 (três) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Catanduva, 18 de Junho de 2015.

MUNICIPIO DE ITAJOBI
Sr. Gilberto Roza
(CONTRATANTE)

FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE
Sr. Carlos Alberto Aparecido Piasse
(CONTRATANTE)

UNIMED DE CATANDUVA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
(CONTRATADA)

testemunhas:

Rosângela Aparecida Gisse Pinto
RG. nº: 14.562.906-5 SSP/SP
CPF/MF. nº: 029.102.638-94

Ednéia Cristina Mogneri
RG. nº: 41.356.794-1 SSP/SP
CPF/MF. nº: 292.961.898-10