

Contrato Novo Migração

Data de Inclusão: _____ Nº do Contrato **0324**

DADOS DO(A) CONTRATANTE

Razão Social
ASSIBGE - SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM FUNDAÇÕES PÚBLICAS FEDERAIS DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - NÚCLEO SINDICAL DE SANTA CATARINA

Nome Fantasia
ASSIBGE - NUCLEO SINDICAL SC

CNPJ 59.954.388/0013-46 Inscrição Estadual

Representante Legal - Nome: JULIO CÉSAR PACHECO AUGUSTO CPF: 517.175.737-20 Representante Legal - Cargo: DIRETOR

Endereço: RUA NUNES MACHADO, 94 Complemento: SALA 62

Bairro: CENTRO Cidade: FLORIANÓPOLIS

CEP: 88010-460 Caixa Postal: Fone I: (48) 3222 1725 Fone II: (48) 9981 7291 Fax:

E-mail: assibge.sc@terra.com.br Ramo de Atividade: 94.20-1-00 - Atividades de organizações sindicais

DADOS DO PRODUTO COMERCIALIZADO (Uso exclusivo UNIMED)

Produto Comercializado Uniflex Unimed Fácil

Abrangência Nacional Estadual Regional Natureza Jurídica Coletivo Adesão Coletivo Empresarial

Número de Vidas na Assinatura da Proposta mais de 50 vidas menos de 50 vidas Tipo de Empresa Coletivo (Empresa) Associação/Sindicato

Novas Inclusões Sem Agravo ou CPT Sem Carência Com Agravo ou CPT Com Carência Acomodação Enfermaria Apartamento

Observações:

CONTRATO FECHADO POR MATEUS KULAKOWSKI E PATRÍCIA VIVIAN
PLANOS UNIFLEX ESTADUAL ENFERMARIA 50% EM 5 FAIXAS SEM OPCIONAIS
PLANOS UNIFLEX ESTADUAL APARTAMENTO 50% EM 5 FAIXAS SEM OPCIONAIS

Emissão de Cartão Semestral Anual Outros Vigência do Contrato: 16/03/2009 Data de Vencimento: 10

PRÉ - PAGAMENTO VALORES MENSALIDADES

	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38
Apto	82,42	102,36	102,36	141,25	141,25
Enf	59,17	73,49	73,49	101,41	101,41
Amb					

	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +
Apto	141,25	212,40	212,40	212,40	296,73
Enf	101,41	152,50	152,50	152,50	213,03
Amb					

Cobra taxa de inscrição Sim Não Taxa de Inscrição: R\$ 15,00 Benef Fam 2ª via da Carteira: 15,00 Data de Vencimento da 1ª carteira:

BENEFÍCIOS AGREGADOS

Abrangência SOS Unimed Plus FEA Usimed Unisanta Vida em Grupo (Pecúlio)

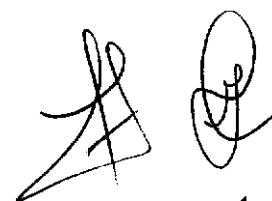
CONTRATO ANTERIOR

Nº Contrato Anterior: _____ Data Inclusão: _____ Data Cancelamento: _____ Plano (s): _____

ASSIBGE/NÚCLEO SINDICAL SC
Márcia Regina S... / Departamento de Vendas
Unimed Grande Florianópolis
Data de Emissão: 16/03/2009
Responsável: Mateus Kulakowski
Unimed Grande Florianópolis
Celular: 9947-4848

ÍNDICE

- CLÁUSULA 1ª - OBJETO DO CONTRATO
- CLÁUSULA 2ª - NATUREZA DO CONTRATO
- CLÁUSULA 3ª - DADOS DO PLANO DE SAÚDE
- CLÁUSULA 4ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE
- CLÁUSULA 5ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS USUÁRIOS
- CLÁUSULA 6ª - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DOS USUÁRIOS TITULARES COM O(A)
CONTRATANTE
- CLÁUSULA 7ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO E EXCLUSÕES
- CLÁUSULA 8ª - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO
- CLÁUSULA 9ª - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
- CLÁUSULA 10ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
- CLÁUSULA 11ª - EXCLUSÃO DE COBERTURA
- CLÁUSULA 12ª - PERÍODOS DE CARÊNCIAS
- CLÁUSULA 13ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
- CLÁUSULA 14ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA
- CLÁUSULA 15ª - REMOÇÃO
- CLÁUSULA 16ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- CLÁUSULA 17ª - FORMAÇÃO DE PREÇO
- CLÁUSULA 18ª - PAGAMENTOS
- CLÁUSULA 19ª - REAJUSTE DE PREÇOS
- CLÁUSULA 20ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA
- CLÁUSULA 21ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS
- CLÁUSULA 22ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA
- CLÁUSULA 23ª - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA
- CLÁUSULA 24ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL
- CLÁUSULA 25ª - SERVIÇOS ADICIONAIS
- CLÁUSULA 26ª - CONDIÇÕES GERAIS
- CLÁUSULA 27ª - FORO



UNIFLEX ESTADUAL APTO – CO-PARTICIPAÇÃO 50%
COLETIVO ADESÃO COM PATROCINADOR

Unimed 
Grande Florianópolis



CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTRATO N.º 0294
UNIFLEX ESTADUAL APTO – CO-PARTICIPAÇÃO 50%
COLETIVO POR ADESÃO COM PATROCINADOR
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

ASSIBGE Sindicato Nacional Trab F. P. F. Geo e Estatística
ASSIBGE – Sind Nacional Núcleo Sindical Santa Catarina
CNPJ: 59.954.388/0013-46
Endereço: Rua João Pinto, nº. 12 - CEP. 88.010-420
Bairro: Centro — Florianópolis/SC

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 77.858.611/0001-08 Registro da Operadora na ANS nº 360.449
Classificação: Cooperativa Médica
Endereço: Rua Dom Jaime Câmara, nº. 94 CEP. 88.015-120
Bairro: Centro — Florianópolis/SC

CLÁUSULA 1ª – OBJETO DO CONTRATO

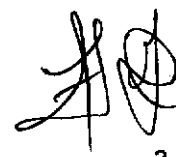
Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura será de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, prestados através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Único. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo, a Declaração de Conhecimento do Plano Referência e Orientações ao Cliente (material explicativo).

CLÁUSULA 2ª - NATUREZA DO CONTRATO

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil, também estando sujeito às disposições do art 54 da lei 8.078/90.

CLÁUSULA 3ª - DADOS DO PLANO DE SAÚDE



O presente plano consiste em um plano de saúde definido na Lei 9656/98 conforme segue:

1. Nome Comercial e Número do Registro do Plano na ANS:

Nome do Plano: Uniflex Estadual – Co-Participação 50%

Nº do Registro na ANS: 435.399/01-4

2. Tipo de Contratação. O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Por Adesão Com Patrocinador**, entendido como aquele que oferece cobertura completa prestada à população vinculada ao CONTRATANTE, de adesão espontânea e opcional do funcionário, associado ou sindicalizado, que participa total ou parcialmente do pagamento da contraprestação mensal.

3. Tipo de Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial + hospitalar com obstetria.

CLÁUSULA 4ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) Cópia do: contrato social com a última alteração, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS ou outro documento que comprove o vínculo do titular com a CONTRATANTE;
- c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) usuários;
- d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
 - Contrato e Proposta de Contratação;
 - Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
 - Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos usuários inscritos (titular e dependente);
 - Declaração de opção de Agravo ou CPT (quando for o caso).

Parágrafo Primeiro. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos usuários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir ou excluir novos usuários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

Parágrafo Terceiro. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos usuários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do usuário titular, outros.

Parágrafo Quarto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos usuários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos usuários titulares.

CLÁUSULA 5ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS USUÁRIOS

São considerados usuários titulares do plano de saúde, as pessoas físicas vinculadas a Pessoa Jurídica CONTRATANTE conforme prevê a Cláusula Condições de Vínculo dos Usuários Titulares Com o(a) Contratante:

Parágrafo Primeiro. São considerados usuários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial solteiro até 24 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes.

Parágrafo Segundo. É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

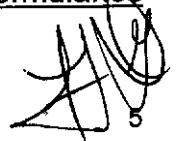
Parágrafo Terceiro. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

Parágrafo Quarto. A inscrição dos usuários no plano, deve ser comunicada pela CONTRATANTE a CONTRATADA conforme disposto na Cláusula **Regras Para Planos Coletivos**.

CLÁUSULA 6ª - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DOS USUÁRIOS TITULARES COM O(A) CONTRATANTE

São considerados usuários titulares do plano de saúde os sócios, diretores e as pessoas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, segundo opções formuladas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados. O referido vínculo poderá ser:



- 1) **com vínculo empregatício ativo:** destinado a empregados/funcionários ativos que mantenham vínculo laboral com a pessoa jurídica CONTRATANTE e seus dependentes;
- 2) **com vínculo empregatício inativo:** destinado a empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa, conforme prevêm as Cláusulas Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados e seus dependentes.
- 3) **sem vínculo empregatício:** destinado a consumidores que tenham vínculo com a pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa e seus dependentes.

Parágrafo Único. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo do titular com o(a) CONTRATANTE .

CLÁUSULA 7ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO E EXCLUSÕES

Será excluído do contrato o usuário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- b) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- c) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa;
- d) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;
- e) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos usuários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como usuários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Quarto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 8ª – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, compreende todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

CLÁUSULA 9ª - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto individual (apartamento *standard*) com banheiro privativo e direito a um acompanhante, incluindo a alimentação conforme dieta geral do hospital.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

CLÁUSULA 10ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O usuário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, hospitais, clínicas e laboratórios, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. O atendimento a que se refere a presente cláusula será efetuado de acordo com os procedimentos médicos, referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Resolução ANS e incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS solicitados pelo médico assistente;
- 4) serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.



- 5) consultas ou sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional, solicitados pelo médico assistente, limitadas a 6(seis) por ano.
- 6) psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, limitada a 12 sessões por ano.
- 7) fisioterapia: conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.
- 8) cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais, conforme inciso VIII do art 14º da Resolução Normativa nº 167/08:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
 - c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
 - e) hemoterapia ambulatorial;
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- 9) tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da CONTRATADA. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- 10) participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- 11) internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 12) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

- 13) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- 14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 15) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) não estão asseguradas as conseqüências previstas para o tratamento, bem como os procedimentos previstos e necessários para o seguimento do tratamento do evento excluído, tais como internação em UTI após transplante.
- 16) quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais (conforme indicação do médico assistente) estão asseguradas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;
- 17) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 18) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
- a) a necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 19) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar conforme inciso V, do art. 15º da Resolução Normativa nº 167/08:

a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

- b. quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d. hemoterapia;
- e. nutrição parenteral ou enteral;
- f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- g. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h. radiologia intervencionista;
- i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. fisioterapia, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- k. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

20) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

21) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
- b) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, **filho natural ou adotivo** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;
- c) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

22) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

- I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados — entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:
 - a. despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b. medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).
- II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Resolução Consu nº 12/98, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

23) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Anexo I da RN 167);

24) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

I. Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, com início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) tratamento básico, assim considerado aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II. Hospitalar:

- a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano de contrato e não cumulativos, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) ultrapassados os prazos de internação previstos acima, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de co-participação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;

- d) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aqui incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- e) os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além da cobertura integral de 30 (trinta) dias de internação prevista no item anterior, dispõe de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia;
- f) nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive os sintomáticos (F 00 a F 09) - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) - retardo mental (F70 a F79) - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98) do CID 10, a cobertura de até 8 (oito) semanas de tratamento prevista no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

CLÁUSULA 11ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental:** 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).
- b) **procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, 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.
- c) **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.
- d) **tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidades estéticas;**
- e) **fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados:** aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- f) **fornecimento de produtos para a saúde importados nacionalizados (higiene e perfumaria) e nacionais (perfumaria).**
- g) **fornecimento de 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 físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e em estabelecimentos de atendimento de urgência e emergência).
- h) **fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico:** 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.

- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- l) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- m) transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no anexo I da Resolução Normativa nº 167.
- n) consultas e demais atendimentos domiciliares;
- o) tratamentos odontológicos, exceto a estrutura hospitalar para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar e as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- p) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- q) exames admissionais, demissionais e periódicos;
- r) acidente de trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais se dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 12ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os usuários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do usuário no plano:

	CARÊNCIAS
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Fisioterapias	90 dias
• Parto a Termo	300 dias

- **Consultas ou sessões de fonoaudiologia, nutricionista, psicoterapia e terapia ocupacional** **180 dias**
- **Todas as demais coberturas** **180 dias**

Parágrafo Primeiro. Quando se tratar de usuário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Segundo. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 13ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a. Número de participantes menor que 50 (cinquenta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b. Número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente.

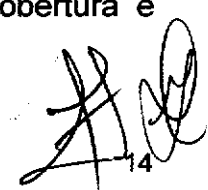
Parágrafo Primeiro. Caso o número de usuários inscritos seja maior ou igual a 50 (cinquenta), a CONTRATADA poderá dispensá-los do preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 50 (cinquenta), as novas inclusões ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente, até que seja novamente alcançado aquele limite mínimo.

Parágrafo Terceiro. Os usuários titulares e dependentes devem preencher e assinar o **formulário de Declaração de Saúde**, (um para cada usuário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, o usuário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

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



14

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos usuários, a realização de uma **avaliação médica** por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos usuários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da CONTRATADA:

- a) **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** Consiste na suspensão pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo usuário ou seu representante legal, consoante especificações do "Anexo de Exclusões por Preexistência", contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.
- b) **Agravo:** Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação mensal (mensalidade), conforme especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Décimo. O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

Parágrafo Décimo Primeiro. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do usuário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Parágrafo Décimo Segundo. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do usuário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do usuário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do usuário, no plano.

Parágrafo Décimo Terceiro. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do usuário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do usuário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Quarto. A CONTRATADA irá comunicar ao usuário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao usuário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do usuário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quinto. Após o recebimento da comunicação e recusa do usuário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Sexto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o usuário e a CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do usuário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 14ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem *risco imediato de morte ou lesões irreparáveis* para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, é assegurada para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Quando envolver **acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes**, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo Segundo. Os usuários inscritos pelo(a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não

for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA que faz parte deste contrato. O(A) CONTRATANTE ou usuário deve entregar toda a documentação original (*recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência*), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

CLÁUSULA 15ª - REMOÇÃO

A CONTRATADA deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e**
- c) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Primeiro. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o usuário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Quarto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para

controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

CLÁUSULA 16ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I. Co-Participação

É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo usuário diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

Parágrafo Primeiro. Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 50% (cinquenta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 80,00 (oitenta reais) por serviço realizado:

- a) consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo Segundo. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 40,00 (quarenta reais) por diária efetivamente realizada.

Parágrafo Terceiro. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- a) **Consultas Médicas:** Os usuários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados**, indicados 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 médico que estiver de plantão.
- b) **Consultas ou Sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional** – são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- c) **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- d) **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- e) **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 médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.
- f) **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, 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.

Parágrafo Segundo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o usuário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido do cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a liberação dos 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 urgência.

Parágrafo Quarto. Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

Parágrafo Quinto. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimed.com.br/rede, sob a indicação de Rede Uniflex Estadual. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”.**

Parágrafo Sexto. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- II. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Sétimo. Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.
- b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

CLÁUSULA 17ª – FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.



20

CLÁUSULA 18ª – PAGAMENTOS

O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por usuário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- b) as co-participações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Primeiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo Segundo. O valor da co-participação dos usuários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

Parágrafo Terceiro. O(A) CONTRATANTE reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, destinado a identificar a utilização, a respectiva participação nos custos, na forma prevista nesta cláusula, como prova de seu débito.

Parágrafo Quarto. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Quinto. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Sexto. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

CLÁUSULA 19ª - REAJUSTE DE PREÇOS

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados conforme o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua, no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período.

Parágrafo Primeiro. O Índice de Sinistralidade (proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de análise) será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora, bem como, uma margem de capitalização para cobrir as garantias financeiras e reservas obrigatórias atinentes à Operadora.

Parágrafo Segundo. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 20ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do usuário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	24,19%
24 A 28	0,00%
29 A 33	37,99%
34 A 38	0,00%
39 A 43	0,00%
44 A 48	50,38%
49 A 53	0,00%
54 A 58	0,00%
59 ou +	39,70%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária, observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 21ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Por Adesão Com Patrocinador**, entendido como aquele que oferece cobertura completa prestada à população vinculada ao CONTRATANTE, de adesão espontânea e opcional do funcionário, associado ou sindicalizado, que participa total ou parcialmente do pagamento da contraprestação mensal.

I- FUNCIONÁRIOS DEDITIDOS

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- assuma o pagamento integral;
- a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego ou outra atividade comercial.

II- FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) assuma o pagamento integral;
- c) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego ou outra atividade comercial.

III- ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os usuários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos usuários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os usuários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos usuários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 22ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos usuários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

CLÁUSULA 23ª - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

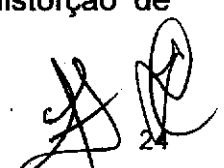
Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado sem cobrança de qualquer taxa ou valor.

CLÁUSULA 24ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;



- c) por iniciativa de qualquer das partes por escrito, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias — não se admitindo novas inclusões neste período;
- d) se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

Parágrafo Terceiro. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo usuários em período de internação, compromete-se o(a) CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas.

Parágrafo Quarto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 25ª - SERVIÇOS ADICIONAIS

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento/Regulação, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo usuário.

Parágrafo Primeiro. Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, o usuário poderá requerer o transporte:

- a) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no seu contrato de assistência à saúde.
- b) terrestre ou aéreo, nos casos de repatriamento (a recondução do usuário para seu estado ou cidade de domicílio) quando necessária a remoção em transporte especializado:
- b1) de um hospital dentro do Estado de Santa Catarina para outro na cidade em que reside para continuidade do tratamento médico;
- b2) de um hospital fora do Estado de Santa Catarina, para outro dentro do Estado, para continuidade do tratamento médico;

b3) nos casos de alta hospitalar para continuidade em tratamento domiciliar.

Parágrafo Segundo. Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada quando da solicitação da remoção diretamente a Central de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da Central de Regulação médica que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária.

Parágrafo Quarto. A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para se certificar de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo e terrestre.

Parágrafo Quinto. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

Parágrafo Sexto. O transporte e a internação do paciente em um hospital fora da área de ação da UNIMED da qual ele é usuário, necessitará de autorização prévia, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Parágrafo Sétimo. Estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

Parágrafo Oitavo. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI não contêm qualquer peça para prótese, mas estão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

Parágrafo Nono. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, independente de qualquer motivo.

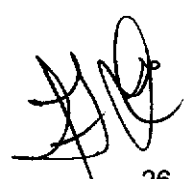
II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes, tem direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. O direito ao FEA não se efetuará:

a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;



- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) para os usuários que, mesmo inscritos na qualidade de usuários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do usuário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, aqueles regularmente inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão exceto os agregados definidos como pai, mãe, sogro e sogra.

Parágrafo Quarto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Quinto. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo Sexto. Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA e a assistência médica hospitalar será prestada pela Unimed do Estado de Santa Catarina, responsável pelo custo assistencial durante o benefício do FEA.

Parágrafo Sétimo. Depois de extintos os benefícios do FEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano da Unimed sediada no local de sua residência, desde que seja no Estado de Santa Catarina.

Parágrafo Oitavo. Os usuários terão o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar sua intenção de aquisição do novo plano contado da data da extinção do FEA.

CLÁUSULA 26ª - CONDIÇÕES GERAIS

I - SIGILO MÉDICO

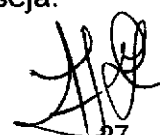
Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

II - RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

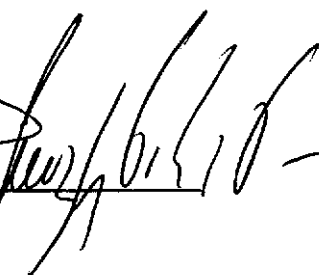
CLÁUSULA 27ª - FORO


Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Florianópolis, 16 de MARÇO de 2009


~~Dra. Lygia G. B. Peters~~
~~CRM 3578~~
~~Superintendente - Unimed~~
CONTRATADA


CONTRATANTE ASSIÓGE - Sind. Mac. Núcleo de S.C.
NOME: Julio Cesar Patrocinador
CPF: 517.175.737-20

TESTEMUNHAS:

NOME:
CPF:

NOME:
CPF: