
Contrato Particular de
Prestação de Serviços
Médico-Ambulatorial e Hospitalar

Unimed Agreste Meridional Nacional

Pessoa Jurídica

Enfermaria

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Unimed Agreste Meridional Cooperativa de Trabalho Médico, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.300.550/0001-26, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **31264-9** e classificada na modalidade Cooperativa Médica com sede à Rua Quinze de Novembro, 53, São José – 55.295-230 - Garanhuns, Estado de Pernambuco - Fone: (87) 3762 1160 – Fax: (87) 3762 9494, representada na forma de seu estatuto social.

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social				Contrato nº
Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns				216
Nome Fantasia				
AESGA				
Endereço				Número
Av. Caruaru				508
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:	
São José	55290-000	Garanhuns	Pernambuco	
CNPJ:	Fone:	Fax:	E-mail:	
11.224.920/0001-00			rh.aesga@gmail.com	

III - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado tem por nome comercial: Unimed Agreste Meridional- A+H+OB – ENF - PJ e encontra-se devidamente registrado na ANS sob o nº 703.811/99-9.

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem como objeto a prestação continuada de serviços de plano privado de assistência à saúde, sem limite financeiro, por prazo indeterminado, na forma médico hospitalar com obstetria e diagnóstico e terapia, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos da ANS e suas atualizações, bem como a cobertura para todas as

doenças do CID-10 - Código Internacional de Doenças, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

CLAUSULA SEGUNDA - NATUREZA DO CONTRATO

Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil vigente.

CLAUSULA TERCEIRA - CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia (A+H+OB)

ÁREA GEOGRÁFICA E ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: NACIONAL

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: COLETIVO

O Padrão de Acomodação em Internação do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é: Coletivo (Enfermaria)

CLAUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas que se relacionam com o CONTRATANTE por um dos vínculos indicado no tema Condições de Vínculo do Beneficiário em Planos Coletivos desde que comprovem o vínculo com a CONTRATANTE:

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

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

- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

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

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravado, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

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.

DO CÔNJUGE

O cônjuge do beneficiário titular poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

Para a manutenção do contrato empresarial é necessário o mínimo de 10 VIDAS.

CLAUSULA QUINTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID e de todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, compreendendo o atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico, serviços auxiliares de diagnose e terapia, previstos no Artigo 12 da Lei 9656/98, e especificados no artigo 10 A, Resoluções Consu de Nº. 11/98, 12/98 e 13/98 e as Coberturas do Rol de

procedimentos vigente, conforme definidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde) e suas atualizações.

Os serviços compreendem:

Cobertura Ambulatorial

Compreendem os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes exigências:

- I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.
- III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no normativo vigente.
- IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no normativo vigente, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- V - cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- VI - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;
- VII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; e

VIII - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial – Aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, 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 (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.) - todos os procedimentos descritos na resolução vigente para a segmentação ambulatorial;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais – aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial da resolução vigente;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais (art. 14, VIII, da RN 167/08).

IX - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID - 10, incluindo:

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

Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VI - cobertura de um acompanhante para:

a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) Cobertura de um acompanhante para idosos a partir de 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

VII - Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (art. 15, III, da RN 167/08).

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 a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos a finalidade de natureza odontológica. (ART. 15, IV, DA RN 167/08);

VIII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar (Art. 15, V, da RN 167/08):

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no art. 14, VIII, alínea b, da RN 167/08;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

IX - cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

X - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções; Só serão passíveis de exclusão as cirurgias plásticas com finalidade estética;

XI - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT - Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

XII - O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

De 01(um) a 30 (trinta) dias, não há co-participação.

Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será cobrada co-participação do beneficiário:

- De trinta e um a sessenta dias, co-participação de 35% (trinta e cinco por cento);
- Acima de sessenta dias, co-participação de 40% (quarenta por cento).

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

De um a 15 (quinze) dias, não há co-participação. Ultrapassados os 15 (quinze) dias de internação no transcorrer de um mesmo ano de contrato será cobrada co-participação do beneficiário

- De dezesseis a cinquenta e nove dias, co-participação de 35% (trinta e cinco por cento);
- Acima de sessenta dias, co-participação de 40% (quarenta por cento).

A Co-Participação referente aos dias excedentes estará de acordo com o normativo vigente pela ANS à época da contratação.

XIV - O custeio, dentro dos prazos definidos acima, somente poderá ser parcial se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

XV - Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Problemas relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde, garantir a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano.

Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico assistente.

XVI - Cobertura dos seguintes transplantes abaixo:

1. Cobertura dos transplantes de rins e córneas, e dos transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

2. Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, bem como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida apenas a exclusão de medicamentos de manutenção (artigo 2º e parágrafos da resolução CONSU 12/1998);

XVII - Toda a cobertura definida para os planos com segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XVIII - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

CLAUSULA SEXTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS e suas atualizações vigentes à época da solicitação.

Medicamentos e procedimentos não prescritos pelo médico assistente, ou não realizado no ambiente ambulatorial ou hospitalar.

Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não CREDENCIADO, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência.

Atendimento nos casos cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Consultas, tratamentos médicos hospitalares e internações, efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.

Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados

Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

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

Transplantes, exceto de córnea, rim e autólogos previsto no anexo I da RN 167.

Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar.

Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínica de repouso, estância hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Tratamento em SPAs, casas sociais e clínicas de idosos.

Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.

Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.

Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.

Qualquer atendimento odontológico, exceto procedimentos cirúrgicos buco-maxilares, previstos no ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS e suas atualizações.

Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimental, e tratamentos não éticos ou ilegais. Inseminação artificial.

Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

Necropsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exames para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral.

Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.

São passíveis de exclusão as cirurgias de miopia para grau inferior a 5 (cinco); e, cirurgias de hipermetropia para grau superior a 6 (seis);

CLAUSULA SÉTIMA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A CONTRATADA assegura, aos usuários titulares e dependentes, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados, quando solicitada por médico e de acordo com as carências a seguir:

Aos beneficiários devidamente inscritos no ato da contratação, esses não cumprirão carência, exceto para parto e pré-existência:

- 300 dias para Parto a termo;
- 24 meses para Pré-existência.

A carência para pré-existência, exceto se a adesão ao plano for igual ou superior a 50 (cinquenta) beneficiários.

Demais beneficiários que aderirem ao plano, esses cumprirão as carências previstas na Lei 9656/98, a saber:

- 24 (vinte e quatro) horas para Urgências e Emergências;
- 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;
- 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais exames e procedimentos, exceto partos;
- 300 (trezentos) dias para partos a termo;

CLAUSULA OITAVA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Nos planos privados de assistência à saúde, coletivos com menos de 50 (cinquenta) beneficiários, contratados após a vigência da Lei nº. 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, 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, de 1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº. 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº. 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

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

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas em um formulário as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador, ou sofredor, em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato ou apólice.

É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos. Oferecerá os seguintes campos para que sejam registrados:

- I. Se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, o que deve ser registrado de próprio punho por este profissional, em campo específico;
- II. Se o beneficiário dispensou a presença do médico orientador;
- III. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar;
- IV. Identificação do beneficiário, assinatura e data de preenchimento da declaração. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção a CPT;
- V. A definição de CPT: Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- VI. A definição de Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura

contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

VII.A informação sobre o direito do beneficiário de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.

No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletivo empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica vigente.

CLAUSULA NONA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência e Emergência

Emergência são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Urgência são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

O presente contrato garante os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

O presente contrato garante que depois de cumpridas as carências, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

O presente contrato garante os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados as primeiras 12 (doze) horas nos planos com cobertura obstétrica durante o cumprimento dos períodos de carência.

O presente contrato garante o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial

Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes

O presente contrato garante o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação

O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, dentro da área geográfica de abrangência de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

O Reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência Praticada pela Contratada, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, já que o valor do reembolso nas urgências e emergências não pode ser inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo produto.

O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;

- e) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência;
- f) O usuário perderá o direito ao reembolso decorrido doze meses da data do evento.

CLAUSULA DÉCIMA – REMOÇÃO

O presente contrato garante:

Cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

Cobertura da remoção inter-hospitalar, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecida pelo hospital, e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente

Cobertura a remoção para unidade do SUS, após realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

Cobertura à remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação.

Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

Caberá a operadora 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

Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a

garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cada usuário receberá uma carteira de identificação personalizada, cuja apresentação será indispensável para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela CONTRATADA ou por sua rede credenciada.

Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido e um documento de identidade.

Os exames classificados como Alto Custo terão o parecer da Auditoria e uma vez autorizados serão comunicados aos beneficiários sua liberação com a respectiva Guia de Autorização ou número de senha. Os demais procedimentos serão autorizados pela UNIMED AGRESTE MERIDIONAL, mediante Guia de Autorização.

Procedimentos de alta complexidade (Alto Custo) estão dispostos na Resolução RN nº. 167 (Rol de Procedimentos), no site da ANS. A relação com os exames de Alta Complexidade está disponível no MANUAL DO USUÁRIO.

As internações hospitalares necessitarão de guia de internação hospitalar, emitidas pela **CONTRATADA** prestadora do serviço, com autorização prévia da **CONTRATADA**.

Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a operadora deverá emitir sua resposta à solicitação de autorização prévia para o procedimento no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

As guias de internação hospitalar, desde que coberta a internação por este contrato, serão expedidas pela **CONTRATADA** prestadora do atendimento, com autorização prévia da **CONTRATADA**, mediante pedido firmado por médico /assistente.

O usuário deste contrato obriga-se ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com o guia de internação, o cartão de identificação emitido pela **UNIMED AGRESTE MERIDIONAL** e um documento de identificação com foto recente.

As internações hospitalares serão processadas mediante pedido feito por um médico e fornecimento da guia de internação expedida pela CONTRATADA, em favor do usuário.

As internações serão realizadas depois de prévia autorização da Contratada, mediante solicitação do médico cooperado por intermédio de GIH - Guia de Internamento Hospitalar expedida pela Contratada.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

Nos casos de urgência ou emergência, o usuário ou quem por ele responda, terá prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

O prazo de internação constatará na guia expedida pela CONTRATADA e caberá ao médico assistente a definição de dias da internação para cada caso.

Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

O Pagamento das despesas não cobertas por este contrato será feito pelo usuário diretamente ao prestador do atendimento.

Na hipótese de o usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preços, diretamente com a entidade hospitalar.

A **porta de entrada** de acesso aos serviços é válida apenas para os tratamentos eletivos e consiste no atendimento ambulatorial e hospitalar e o posterior encaminhamento, caso haja necessidade, para um prestador de serviços ou entidade hospitalar da rede credenciada.

A Porta de Entrada é um mecanismo através do qual a operadora avalia e gerencia encaminhamento do consumidor para a realização de procedimentos.

Para que o beneficiário titular ou dependente, possa ter acesso à rede credenciada da CONTRATADA, fica estabelecido através do presente contrato que a porta de entrada de

acesso aos referidos serviços credenciados do plano é toda a **Rede Credenciada da CONTRATADA** constante no MANUAL DO USUÁRIO.

Os casos de urgência e emergência poderão ser atendidos em todos os locais e pronto-socorros indicados para tal atendimento na rede credenciada da CONTRATADA, constante do "MANUAL DO USUÁRIO".

Fica garantida, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da resolução 08 do CONSU.

Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados (artigo 12, I, b e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU n.º 8/98, Súmula 11/2007)

É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, nos termos do art. 17 da Lei 9656/98.

Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Excetuam-se os casos de substituição do estabelecimento hospitalar, por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a

garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FORMAÇÃO DO PREÇO

PRÉ-PAGAMENTO

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

As mensalidades serão pagas pela CONTRATANTE, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas nos usuários inscritos pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

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).

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA – REAJUSTE

Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, que será apurado no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Este contrato somente sofrerá reajuste na periodicidade de 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração.

Havendo a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

O reajuste anual do contrato visa à preservação do equilíbrio na relação contratual, através da aplicação da fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste} = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Onde:

$$R \text{ Técnico} = (S/S_m) - 1$$

S = sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)

S_m = meta de sinistralidade

R Financeiro = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no período, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao IPCA e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

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

Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA - FAIXAS ETÁRIAS

Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, conforme os percentuais abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS - ÍNDICE ENTRE AS FAIXAS

Ambulatorial hospitalar com obstetrícia em enfermaria	
DE 00 A 50 ANOS DE IDADE	-
MAIS DE 51 ANOS DE IDADE	79,998 %

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.

Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

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

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Caberá aos empregados, ou ex-empregados, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

No plano Coletivo Empresarial, a **adesão** é espontânea e opcional a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependente.

Fica assegurado ao usuário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário - e dos usuários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

Independentemente de haver acordo entre a empresa contratante e os beneficiários, será assegurado de pleno direito e gozo a permanência dos beneficiários inativos em outro plano a ser oferecido pela operadora, fazendo-se garantir no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

O exonerado ou demitido, deve optar pela manutenção do benefício aludido, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

O período de manutenção de condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e no máximo de 24 (vinte e quatro) meses..

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano.

A condição de beneficiário deixará de existir, quando da Adesão do usuário titular em um novo emprego.

O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida nesta cláusula.

Nos casos de rescisão contratual, os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento, para aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, desde que adimplente e com tabela de comercialização vigente à época da rescisão.

TITULAR APOSENTADO

Fica assegurado ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário - e dos usuários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a (10) dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

O aposentado que tiver contribuído para o plano contratado, deve optar pela manutenção do benefício aludido, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano.

A condição de usuário assegurada neste item poderá permanecer por prazo indeterminado, porém deixará de existir, quando da Adesão do usuário titular em um novo emprego.

O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida nesta cláusula.



Nos casos de rescisão contratual, os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento, para aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos.

CLAUSULA DÉCIMA SÉTIMA - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

Com vínculo empregatício ativo, ou seja, destinado a empregados/funcionários ativos da pessoa jurídica contratante.

CLAUSULA DÉCIMA OITAVA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido de o beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

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

4. 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, previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

CLAUSULA DÉCIMA NONA – VIGÊNCIA

Considerar-se-á para início da vigência, a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o art. 16, inciso II, da Lei 9656/98. Entretanto, a contagem dos prazos de carência tem início a partir da data de assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário.

ESTE CONTRATO TERÁ A DURAÇÃO MÍNIMA DE 12 (DOZE) MESES

CLAUSULA VIGÉSIMA - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Este contrato terá a duração mínima de 12 (doze) meses, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, podendo ser, a partir daí, denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.

Não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – RESCISÃO

Será considerado rescindindo este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

A CONTRATADA poderá dispor um prazo mínimo de 10 (dez) dias, permitindo à CONTRATANTE, nesse prazo, a regularização de sua situação perante a CONTRATADA, afastando temporariamente a rescisão por inadimplemento das obrigações contratuais.

Rescinde-se também esse contrato, após o cumprimento do devido processo legal, ocorrendo fraude comprovada.

Antes do prazo mínimo fixado na Proposta é facultado a CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias,



sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

Para efeitos de suspensão ou rescisão do contrato a comunicação será feita através de notificação/comunicação específica para tal fim, de forma inequívoca, não restando dúvidas quanto à ciência por parte do Contratante para fins de constituição em mora, produzindo assim todos os seus efeitos, e não será feita através de recibo de cobrança.

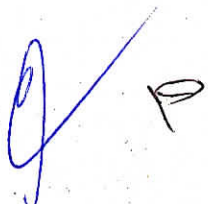
CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES GERAIS

Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, O CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Ocorrendo a perda ou extravio da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ou de outros documentos, o usuário titular obriga-se a comunicar em 48 horas, por escrito, o fato à CONTRATADA. Será cobrado o valor de R\$ 10,00 (dez reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.

O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso excepcional de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.



Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do Contratante, ainda que tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração ou modificação do contrato, configura a alteração do produto e de acordo com a legislação vigente, a alteração do registro do produto e dependerá de prévia autorização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e deverão alcançar a totalidade dos contratos vinculados ao produto, incluindo os anteriormente firmados.

Os casos omissos e razoáveis deverão ser resolvidos entre as partes e serão objetos de aditivo ao presente Contrato, quando couber.

CLAUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o domicílio o CONTRATANTE como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

E, porque assim tenham livremente contratado, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas também ao final firmadas e qualificadas.



Garanhuns, _____ de _____ de _____.

João Carlos
Unimed Agreste Meridional Cooperativa de Trabalho Médico

Contratada

Contratante

Testemunha

Testemunha