

Versão 1/16

CONTRATO ALPHA COLETIVO EMPRESARIAL N° 1127 Proposta de adesão n° _____**A) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

UNIMED FRANCA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

CNPJ sob n° - 45.309.606/0001-41 / Registro na ANS sob o n° 35478-3

Cooperativa médica

Centro Administrativo e correspondências

Rua General Carneiro, 1595 - Centro - Franca / SP - CEP 14400-500

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE Razão Social e Nome Fantasia se houver:Prefeitura Municipal de DelfinópolisCNPJ: 17.894.064/0001-86 Inscrição estadual: _____Endereço: Praça Manoel Leite Lima, nº 115 Bairro: CentroCEP: 37930-000 Cidade: Delfinópolis/MG Telefone: (35) 3525-1753E-mail: shumanas@delfinopolis.mg.gov.brRepresentante Legal: Fernando José PintoRG: M-769.090 CPF: 204.538.336-91Endereço do representante legal: Avenida Padre Ivo Osório Mateus, nº 462Bairro: Centro Cidade: Delfinópolis/M.G.**C) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**O presente plano é denominado comercialmente de **Alpha coletivo empresarial** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o n° 407.341/99-0.**D) TIPO DE CONTRATAÇÃO**O tipo de contratação é **coletivo empresarial**.**E) TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**A segmentação assistencial deste plano é **ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**.**F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**A área de abrangência desse contrato é classificada como **grupo de municípios**.**G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA dentro da área de atuação: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Rifaina, Restinga, Ribeirão Corrente, São José da Bela Vista.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃOA acomodação em internação é em **quarto coletivo**.**I) FORMAÇÃO DO PREÇO**

A formação de preço do contrato é preestabelecida.

J) COBERTURAS ADICIONAIS

a) Urgência e emergência em território nacional

Os atendimentos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA são garantidos em todo território nacional, nos termos do contrato.

b) Remoção pré-hospitalar

Os Serviços de Atendimento Médico Pré-Hospitalar englobam o atendimento médico de urgência/emergência ao USUÁRIO e seus respectivos dependentes, no local onde se encontrarem, na cidade de Franca, salvo via pública de responsabilidade de entidades governamentais e, se necessário for, remoção por via terrestre de suas residências até estabelecimento hospitalar credenciado pela CONTRATADA.

INSTRUMENTO CONTRATUAL

I) ATRIBUTOS DO CONTRATO

a) É objeto do presente instrumento a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando a assistência médica hospitalar com a cobertura de todas as doenças da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10), da organização mundial de saúde, e do rol de procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, exclusivamente em rede credenciada pela CONTRATADA, nos limites e condições estipuladas a seguir.

b) Este instrumento materializa entre as partes um contrato particular de prestação de serviços médico-hospitalares, de adesão, bilateral, oneroso, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC), no que couber.

II) CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

a) Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

b) A **inclusão** do grupo familiar dependerá da participação do BENEFICIÁRIO titular no contrato de plano de assistência à saúde.

c) Caberá à **CONTRATADA** exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do BENEFICIÁRIO.

d) A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos BENEFICIÁRIOS, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à **CONTRATADA**, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.

- e) É considerado **BENEFICIÁRIO** Titular aquele que mantém vínculo ativo por relação empregatícia ou estatutária com a **CONTRATANTE**. Para efeito deste contrato, são usuários titulares, os sócios, os diretores, administradores e os empregados, demitidos e aposentados da **CONTRATANTE**.
- f) Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** Dependentes:
- I) Cônjuge;
 - II) Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
 - III) Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade;
 - IV) Filhos(as) solteiros (as) inválidos (as) e cônjuges inválidos (as) (mediante comprovação de dependência pelo INSS);
 - V) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;
 - VI) Equiparam-se, aos filhos legítimos, os filhos adotivos e os enteados;
 - VII) Equiparam-se aos filhos legítimos, o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.
 - g) Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo **BENEFICIÁRIO** adotante.
 - h) Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de **BENEFICIÁRIO** titular ou de dependente que tenha cumprido carência para parto a termo, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe. Ao recém-nascido natural ou adotivo também é garantida a sua inscrição na **CONTRATADA** sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que sejam inscritos no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção.
 - i) A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, bem como a respectiva data de nascimento o grau de parentesco, filiação, etc.
 - j) A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** relação completa dos candidatos a usuários a serem inscritos, principalmente a comprovação da titularidade de sua vinculação com a empresa ou vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, com nome e qualificação completa de cada um deles bem como se responsabiliza pela indicação de seus dependentes, **devendo informar também se há a previsão dos usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste e de que maneira.**
 - k) Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da declaração escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

- l) A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à **CONTRATADA** e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento, ingresso na faculdade, casamento de filho do titular, entre outras.
- m) A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **CONTRATADA**, por escrito, até o dia 10 (dez) de cada mês, as exclusões de usuários, para serem realizadas no primeiro dia útil do mês subsequente.
- n) Os pedidos de inclusões serão processados em 48 horas após a solicitação, sendo a cobrança da primeira mensalidade cobrada pro-rata.
- o) A **CONTRATADA** poderá proceder a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, documentação probatória das declarações do **CONTRATANTE**.
- p) O usuário que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será automaticamente excluído do contrato.
- q) Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIO do contrato.
- r) A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.
- s) Para fins de cumprimento da RN 279, editada pela ANS nenhuma exclusão será aceita sem comprovação de que o ex-funcionário tenha sido comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.
- t) Nenhuma inclusão ou exclusão será processada sem a totalidade dos documentos exigidos pela **CONTRATADA**, arcando a **CONTRATANTE** com a responsabilidade e os ônus advindo do atraso.

I. Documentos exigidos para inclusão:

- a) RG e CPF para todos;
- b) Cópia da Certidão de nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é responsável;
- c) Cópia da Certidão de casamento ou declaração de convivência com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os cônjuges);
- d) Comprovante de vínculo empregatício;
- e) No caso de proprietário de empresa: contrato social;
- f) Ficha de inclusão;
- g) Declaração de saúde;
- h) Carta de orientação;
- i) Protocolo;

II. Documentos exigidos para exclusão:

a) Ficha de exclusão;

u) O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

III) COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1) Coberturas gerais

a) A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação assistencial contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização e salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.**

b) O Plano ora contratado compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, e observada as especificações a seguir.

2) Consultas e exames

2.1 Está compreendida neste plano a cobertura para:

a) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e credenciadas pela CONTRATADA.

Atenção – As consultas médicas são asseguradas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e não na área de atuação médica. Exemplo: a UNIMED FRANCA assegurará consulta na especialidade de Pneumologia, mas não na área de atuação Pneumologia pediátrica.

b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.**

- c) medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- d) consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização e Clínicas do **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, vigente na época do evento, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.
- e) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, bem como nas Diretrizes Clínicas e de Utilização, vigente na época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.
- f) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, de acordo com as Diretrizes clínicas e de Utilização, vigentes na época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.
- g) ações de planejamento familiar, listadas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigente na época do evento, para a segmentação ambulatorial, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**;
- h) atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme cláusula específica sobre o tema;
- i) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar ou ambulatorial, de acordo com a cláusula específica sobre o tema;
- j) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- k) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

l) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

I) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

II) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

m) Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;

n) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização;

o) Hemoterapia ambulatorial; e

p) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

3) Internações

3.1 As internações de todas as modalidades serão autorizadas pela CONTRATADA sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, apenas nos prestadores hospitalares credenciado à CONTRATADA, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI - Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

3.2 Está compreendida/o neste plano a cobertura para:

a) acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pelo plano.

b) despesas referentes a honorários médicos credenciados, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente.

c) 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.

d) toda e qualquer taxa, incluindo os custos dos materiais utilizados, que se fizerem devidos durante a internação hospitalar que se adequem às condições de cobertura previstas nesse contrato.

e) consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

I) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

II) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contida;

f) remoção do paciente, conforme cláusula específica para este tema

g) atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

h) Tratando-se de BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital, salvo contraindicação justificada do médico. As despesas relativas ao acompanhante incluem acomodação e alimentação.

A acomodação e alimentação seguirão os padrões de hotelaria do prestador para acompanhantes.

i) procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

I) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

II) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser

administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

III) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

c) todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

IV) hemoterapia;

V) nutrição parenteral ou enteral;

VI) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;

VII) embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

VIII) radiologia intervencionista;

IX) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

X) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos editado pela ANS;

XI) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no anexo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

4) Psiquiatria

1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
3. Todos os procedimentos serão cobertos unicamente nos estabelecimentos referenciados para o plano.

a) É garantido o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio beneficiário ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

b) Este plano abrange o tratamento básico prestado por médico credenciado, envolvendo consultas ilimitadas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

c) São garantidos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

d) É garantido o custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

- Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada co-participação por dia de internação. A Co-participação será de 50% do valor da internação, contratado entre a UNIMED Franca e o prestador.

e) É garantida a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização, nos casos de

- I) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- II) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);

III) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);

IV) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

f) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

5) Transplantes

São cobertos os transplantes previstos no rol de procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização, quando aplicáveis, e dos procedimentos a eles vinculados incluindo:

- a. despesas de assistência médica com os doadores vivos;
- b. medicamentos utilizados durante a internação;
- c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

I) Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998 que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98.

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

III) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

IV) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o BENEFICIÁRIO receptor.

6) Órteses, Próteses e Materiais Especiais

6.1 São cobertas órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no rol de procedimentos, salvo as arroladas na cláusula de exclusão.

- a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões das órteses, próteses e materiais especiais – OPME – necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de procedimentos;
- b) O profissional requisitante, quando solicitado pela CONTRATADA, deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- c) **É VEDADO AO MÉDICO EXIGIR DETERMINADA MARCA OU FORNECEDOR DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.**
- d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, em junta médica, com as despesas custeadas pela CONTRATADA.
- e) O BENEFICIÁRIO, ao receber prótese ou órtese para determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar duração por toda vida útil do material. Havendo mau ou inadequado uso da prótese, de forma intencional, configurado por junta médica composta por médicos indicados pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, a CONTRATADA se eximirá do fornecimento de mesma prótese, para mesmo fim.
- f) Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- g) Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

7) Outras Garantias

- a) São cobertos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no rol de procedimentos para a segmentação hospitalar, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares pelo cirurgião dentista assistente, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
- b) É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos,

anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**.

O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

c) Em se tratando de **atendimento odontológico**, o cirurgião-dentista ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

d) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura deste contrato.

e) A cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções é garantida, conforme o rol editado pela ANS, vigente na data do evento, **excetuada a de fim estético**.

f) Cabe à **CONTRATADA**, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço 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**.

g) É assegurada a participação de profissional médico **anestesiologista** nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

h) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

i) Os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no PROUT** serão de cobertura obrigatória **quando solicitados pelo médico assistente**.

j) Os procedimentos necessários ao tratamento das **complicações clínicas e cirúrgicas**, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

k) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.

l) Os procedimentos realizados **por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas** serão assegurados quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.

m) É assegurado ao beneficiário deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com o Anexo IV da Resolução Normativa RN nº 387/2015. Havendo necessidade de utilização de quaisquer desses materiais, o CONTRATANTE deverá primeiramente se informar qual é a política de fornecimento adotada pela UNIMED FRANCA, bem como os procedimentos a serem tomados para adquiri-los, pelo telefone: (16) 3711-6742 ou (16) 3711-6652.

8) Obstetrícia

8.1 A beneficiária titular ou dependente terá direito às seguintes coberturas de assistência obstétrica:

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- c) Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, desde que cumpridas as carências pelo pai ou mãe;
- d) O parto normal poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme disposto no art. 5º da RN 387/2015.

9) IMPORTANTE – ROL DE PROCEDIMENTOS

9.1 Os itens inseridos nesta cláusula "cobertura" são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

9.2 QUANDO DA EDIÇÃO DE NOVOS RÓIS, PELA ANS, PODERÁ OCORRER:

- a. INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;
- b. EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;
- c. PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS;
- d. EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS; e
- e. ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.

9.2.1 Desta forma, com a edição de novo Rol de procedimentos ocorre mudança nos direitos dos BENEFICIÁRIOS ao acesso à cobertura, com o quê a/o CONTRATANTE/Titular está ciente e de acordo.

10) Coberturas Adicionais**a) Atendimento de remoção pré-hospitalar - SOS UNIMED**

I) Os Serviços de Atendimento Médico Pré-Hospitalar englobam o atendimento médico de urgência/emergência ao USUÁRIO e seus respectivos dependentes, no local onde se encontrarem, salvo via pública de responsabilidade de entidades governamentais e, se necessário for, remoção por via terrestre de suas residências até estabelecimento hospitalar credenciado pela CONTRATADA.

a) Os serviços previstos acima serão prestados exclusivamente na cidade de Franca.

b) O atendimento será realizado nos casos de emergência detectados pela Central de Atendimento denominada de UNIMED SOS, para a prestação dos serviços e especialmente na ocorrência das seguintes

patologias:

I) Alergologia:- reações alérgicas agudas com manifestações respiratórias;- choque anafilático e síndromes similares;

II) Cardiologia: - Infarto Agudo do Miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas; - aneurisma dissecante da aorta; - obstruções agudas das artérias com risco de complicação; - crise hipertensiva arterial; - arritmias cardíacas agudas; - choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico); - Edema agudo de pulmão;

III) Gastroenterologia: - hemorragias digestivas agudas (alta e baixa); - quadros abdominais agudos: inflamatórios, hemorrágicos, perfurativos, vasculares e obstrutivos;

IV) Neurologia: - Acidente vascular cerebral isquêmicos ou hemorrágicos (fase aguda); - Traumatismo Crânio-Encefálico (fase aguda); - Traumatismo raquimedular (fase aguda); - aneurismas intracranianos rotos; - crises convulsivas de qualquer etiologia; - hipertensão intracraniana aguda;

V) Pneumologia: - Pneumotórax espontâneo; - Derrames pleurais com comprometimento ventilatório; - Estado de mal asmático; - aspirações de corpo estranho; - outras situações de insuficiência respiratória aguda;

VI) Nefrologia: - Insuficiência Renal Aguda;

VII) Ginecologia e Obstetrícia: - prenhez tubária rota; - grandes hemorragias puerperais ou não; - ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário; - qualquer situação do ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto;

VIII) Traumatologia: - politraumatizado; - traumas de face com distúrbio de ventilação; - traumas da face com lesão no globo ocular; - traumatismos torácicos contusos e/ou penetrantes; - trauma de grandes vasos sangüíneos com necessidade de reparo cirúrgico imediato; - trauma abdominal contuso e/ou penetrante; - trauma extenso de partes moles; - amputações traumáticas (após avaliação da central); - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; - queimadura de vias aéreas, dos genitais e da face; - acometimento sistêmico por corrente elétrica; - afogamento; - intoxicações

exógenas involuntárias com alteração do sensorio, da ventilação ou hemodinâmica; - picadas de animais peçonhentos com risco de vida;

IX) Outros: - ceto acidose diabética; - crise tireotóxica; - hipoglicemia severa.

a.1) Das obrigações das partes em caso de remoção

- a) Compromete-se a CONTRATADA a manter profissional médico, 24 horas por dia, disponível em algumas de suas centrais para, se necessário, fornecer orientações telefônicas aos usuários inscritos.
- b) Fica desde já estabelecido que as orientações telefônicas aos pacientes limitar-se-ão à coordenação médica, aconselhamento médico e orientação pré-hospitalar, isto é, as informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo usuário ou seu representante legal para a obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível.
- c) Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência/emergência, ou pela dificuldade de se chegar ao local, por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereça risco aos profissionais de saúde, entre outras, for manifesta a impossibilidade de atendimento do usuário em prazo adequado, deverá o usuário ou seu responsável procurar o local mais próximo de pronto-atendimento médico credenciado, constante no manual do usuário, até que os profissionais tenham condições de se dirigir ao local para onde foi encaminhado o usuário.
- d) Será lícito, se for necessário em virtude das condições do usuário, removê-lo para estabelecimento hospitalar mais próximo.

a) Urgência e emergência fora da área de abrangência geografia do contrato – verificar cláusula VIII

IV) EXCLUSÕES CONTRATUAIS

4.1 A COBERTURA DESTE CONTRATO ESTÁ RESTRITA AOS PROCEDIMENTOS PERTENCENTES ÀS SEGMENTAÇÕES AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA, LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR) e DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO E CLÍNICAS, VIGENTES NA ÉPOCA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO.

4.2 ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTE CONTRATO :

- A) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- B) Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;

- C) Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- D) Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- E) Cirurgias para mudança de sexo;
- A) Cirurgias plásticas não reparadoras ou estéticas, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- B) Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- C) Cirurgia refrativa para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, que estejam em desacordo com as diretrizes de utilização ou não presentes no rol de procedimentos;
- D) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- E) Despesas extraordinárias realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- F) Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- G) Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, parturientes e portadores de necessidades especiais;
- H) Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- I) Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- J) Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- K) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- L) Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- M) Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- N) Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- O) Medicamentos importados não nacionalizados;
- P) Perfil biofísico;
- Q) Procedimentos odontológicos;
- R) Próteses e órteses importadas não nacionalizadas, OPMES não ligadas ao procedimento cirúrgico;
- S) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no rol de procedimentos odontológicos;
- T) Quaisquer medicamentos importados, não nacionalizados, medicamentos de uso domiciliar, exceto antineoplásicos, orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico;

U) Quaisquer procedimentos e exames não previstos no Rol vigente editado pela ANS, ou procedimentos previstos de forma ou em quantidades diferentes das diretrizes de utilização, clínica e do PROUT;

V) Transplantes, à exceção dos constantes no Rol de procedimentos;

W) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

X) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

Y) Vacinas ou medicamentos importados não nacionalizados mesmo em caso de internação hospitalar.

V) DURAÇÃO DO CONTRATO

a) O período de vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura.

b) Havendo rescisão em período inferior ao estipulado no item anterior, será cobrada multa de 10% (dez por cento) sobre as parcelas vincendas.

c) O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

d) As partes poderão negociar o início da vigência do contrato, desde que não seja feito nenhum pagamento à CONTRATADA.

e) A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998.

VI) PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

6.2 Para o presente contrato não poderá ser exigido o cumprimento de carências, na ocorrência dos dois requisitos abaixo e de forma concomitante:

I) o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) e

II) para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

6.3 Ressalvada a hipótese acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde; sendo os seguintes os prazos de carência:

24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução CONSU nº 13/98.

180 (cento e oitenta) dias para os demais casos

300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo

VII) DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

1) Declaração de saúde

- a) No momento da adesão, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a declaração de saúde e informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doença ou lesão preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.
- b) O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal 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.
- c) 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 assumo o ônus dessa entrevista.
- d) A entrevista qualificada tem o objetivo de orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou ingresso ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- e) Não poderá ser alegada pela CONTRATADA a omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano.

- f) Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA oferece a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.
- g) **Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:**
- h) o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) e
- i) para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
- j) **Cobertura Parcial Temporária** – é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da contratação ou ingresso do BENEFICIÁRIO ao plano, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas. Os procedimentos de alta complexidade estão listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e está disponível para consulta no site: www.ans.gov.br.
- k) **Agravo** - 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.

2) Processo Administrativo por fraude

Sendo constatado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de Doenças e/ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme legislação vigente. Nesse momento, a CONTRATADA poderá:

- a) Oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do ingresso ao plano;
- b) Oferecer agravo; e
- c) Solicitar abertura de processo administrativo acerca da omissão de informação junto à Agência Nacional de Saúde – ANS, se houver recusa do BENEFICIÁRIO à contratação da CPT.
- d) O oferecimento do Agravo deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravo opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.

- e) Após a comunicação ao BENEFICIÁRIO de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.
- f) Cabe à CONTRATADA o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO de DLP não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- g) Acolhida a alegação da CONTRATADA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de fraude (todas as despesas com procedimento de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da data da Comunicação ao BENEFICIÁRIO.
- h) Na hipótese acima, de acolhimento da alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do plano.
- i) Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

VIII) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- a) Nos limites deste plano, observando-se, entre outros, a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, os procedimentos relacionados no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência, em todo território nacional.
- b) São **casos de emergência** os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, segundo critério médico.
- c) São considerados **casos de urgência** aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- d) Nos **casos de transtornos psiquiátricos**, são consideradas **emergências** as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros, incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

- e) É garantida cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, se cumpridas as condições necessárias para internação e procedimentos.
- f) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer do período de carência, para internação e procedimentos, este deverá abranger cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- g) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal (queda, acidente de automóvel) será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- h) É garantida a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. Todavia, se a beneficiária estiver cumprindo carência para procedimentos exclusivos da segmentação hospitalar, o atendimento será limitado às 12 (doze) primeiras horas.
- i) Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças ou lesões preexistentes, terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, se houver necessidade do uso de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e eventos cirúrgicos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente declarada.
- j) Em casos de urgência e emergência, o beneficiário deve se dirigir preferencialmente à rede credenciada. Na impossibilidade de se utilizar a rede credenciada nos casos de urgência e emergência, o beneficiário poderá utilizar-se de outras instituições, com exceção das de tabela própria, relacionados neste contrato, desde que dentro da área de abrangência contratual.
- k) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de complicações gestacionais e urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou obstétrica em carência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

1) Remoção

- a) A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.
- b) A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nos casos do BENEFICIÁRIO estar cumprindo carência, e quando houver acordo de cobertura temporária e que resultem na

necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

I) Na remoção, a CONTRATADA 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.

II) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e do atendimento.

c) Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou o responsável pela internação, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

2) Reembolso

a) A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, em todo território nacional, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA.

b) O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados (Tabela AMB 92 e CBHPM). A informação de valores de CH e de procedimentos poderão ser obtidos, a qualquer momento, junto à operadora, se solicitado por escrito, ou por e-mail.

c) Não será reembolsado ao beneficiário, nos casos de urgência e emergência, valor inferior que o praticado pela CONTRATADA e sua rede contratada.

d) A documentação mínima exigida para reembolso é a seguinte:

I) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio.

II) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com justificativas dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.

III) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.

IV) Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem.

- V) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- e) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- f) A CONTRATADA DEVERÁ SER COMUNICADA OBRIGATORIAMENTE, PELO USUÁRIO, NO MÁXIMO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO ATENDIMENTO, PARA CONHECIMENTO E ADOÇÃO DE PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS.
- g) O beneficiário tem o prazo de até um ano para solicitar o reembolso.
- h) Decorrido o prazo de um ano, sem que tenha sido feita a apresentação da documentação, a CONTRATADA estará desobrigada de proceder ao reembolso.
- i) Não serão reembolsados:
- I) procedimentos realizados em caráter eletivo;
 - II) procedimentos não cobertos pelo plano;
 - III) eventos sem comprovação de pagamento.

IX) MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1) Condições de atendimento ao beneficiário

1.1 A CONTRATADA assegurará aos BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, nas condições ajustadas, sendo que para ter qualquer atendimento o BENEFICIÁRIO obriga-se a apresentar o cartão de identificação válido, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade ou certidão de nascimento e a observar o seguinte:

A - Rede credenciada

- I) A CONTRATADA assegurará os procedimentos cobertos pelo plano exclusivamente na rede por ela contratada ou credenciada.
- II) Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos credenciados e de rede própria ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato.
- III) Não haverá restrição de realização de procedimentos cobertos por esse contrato pelo fato de serem solicitados por médicos não pertencentes à rede, desde que sejam realizados na rede credenciada, na área de abrangência geográfica definida neste contrato.
- IV) Não estão compreendidos neste contrato os honorários de profissionais não credenciados.
- V) Este plano garante cobertura a internação exclusivamente nos seguintes hospitais :

- 1 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOAQUIM – TODAS INTERNAÇÕES
- 2 - FUNDAÇÃO CIVIL CASA DE MISERICORDIA DE FRANCA – COBERTURA RESTRITA A ALGUMAS ESPECIALIDADES
- 3 - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPETINGA
- 4 - HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIRACI
- 5 - INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULA – CÁSSIA/MG
- 6 - SANTA CASA DE PEDREGULHO
- 7 - SANTA CASA DE PATROCÍNIO PAULISTA

VI - A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, no site www.unimedfranca.com.br, onde constarão laboratórios credenciados, centros de diagnósticos, médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios e, dentre esses, quais os que disponibilizam serviços de urgência e emergência.

VII - Faculta-se à CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento devendo comunicar as alterações ao CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, conforme estabelecido no artigo 17, 1º e 4º da Lei 9.656/98 e demais instruções normativas editadas pela ANS. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente.

VIII - Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA assegurará as despesas hospitalares até a alta do BENEFICIÁRIO. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a operadora transferirá o BENEFICIÁRIO imediatamente, arcando integralmente com os custos.

IX - Nos casos de BENEFICIÁRIOS internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação até a alta hospitalar.

X - Embora os hospitais abaixo relacionados façam parte da rede contratada de outras UNIMEDs, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTE CONTRATO, mesmo para atendimento de urgência e emergência:

Campina Grande/PB: Clínica de Olhos Francisco Pinto;

Caxias do Sul/RS: Hospital Saúde Ltda., Hospital Dr. Del Mese Ltda., Hospital N.S. Medianeira do Círculo Operário Caxiense;
Guarulhos/SP: Hospital Carlos Chagas S/A.;
Porto Alegre/RS: Soc. Edu. e Benef. do Sul (Hospital Mãe de Deus), Hospital Moinhos de Vento;
Recife/PE: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospital Santa Joana, Hospital Memorial São José;
Rio de Janeiro/RJ: DH Day Hospital, Hosp Barra D'orMedise, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., Prontocor Pronto Socorro CL, CS Laranjeiras, IgaseHosp São Lucas, CL Bambina, C.S. São José, CL Ped da Barra;
Salvador/BA: Hospital CMI (pediátrico), Hospital Aliança, Hospital Espanhol (Hospital São Rafael), Hospital Português, Fundação José Silveira (Hospital Santo Amaro), Hospital Salvador, Clínica Infantil de Urgência Ltda.(Probab.), Monte Tabor Hospital (Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária);
São Bernardo do Campo/SP: Neomater SC Ltda., Hospital Príncipe Humberto S/A., Hospital Maternidade Assunção S/A.;
São José do Rio Preto/SP Sociedade Portuguesa de Beneficência;
São Paulo/SP: Incor (Instituto do Coração), Hospital Anchieta S/A., Hosp. e Mat. Santa Joana S/A., Hospital Albert Einstein, Hosp. e Mat. São Luiz, Hospital Nove de Julho S/A., Hospital Santa Catarina, Fund. Antônio Prudente (Hosp. A. C. Carmargo), P S Infantil Sabará S/A., Pró-Matre Paulista S/A., Hospital Sírio Libanês, Beneficência Portuguesa;
Uberaba/MG: Hospital São Marcos, Hospital e Maternidade São Domingos.

- a) A CONTRATADA se reserva no direito de acrescentar à lista acima, novos estabelecimentos que se enquadrarem na categoria de hospitais de alto custo e operantes de tabela própria.

B) Autorização e Auditoria prévias

- I) Os serviços e atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da CONTRATADA, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.
- II) Ao precisar realizar exames, internações ou procedimentos, o beneficiário deverá encaminhar-se pessoalmente ao centro administrativo: Rua General Carneiro, 1595, Centro, Franca/SP ou ligar para o telefone (16) 3711-6742 ou (16) 3711-6652, para se informar da necessidade de obtenção de autorização prévia.
- III) Estão sujeitos à autorização prévia: internação hospitalar eletiva, sessões com profissionais não médicos (nutricionistas, psicólogos, terapeutas, fisioterapeutas), terapias (acupuntura, quimioterapias),

exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, de baixa e alta complexidade, assim definidos no rol de procedimentos.

- a) **Para obtenção da autorização dos procedimentos listados neste item é imprescindível a apresentação de documento de identidade, carteira de identificação na Unimed e solicitação médica.**

- IV) As internações serão realizadas depois de prévias auditoria e autorização da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar.
- V) Ao recepcionar a solicitação, após a avaliação das condições contratadas pelo setor de autorizações (Carências, abrangência geográfica, contratação de CPT), o auditor da UNIMED Franca poderá solicitar ao beneficiário exames e laudos para verificar a adequação da indicação, bem como o preenchimento das condições previstas nas Diretrizes de utilização, ou das Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização, se for o caso, publicadas pela ANS, e atendimento aos protocolos.
- VI) Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.
- VII) Havendo necessidade de autorização prévia, o beneficiário deverá, antes de agendar o procedimento com o prestador, dirigir-se até a CONTRATADA, de posse da solicitação médica ou do cirurgião dentista assistente para obtenção da autorização e agendamento.
- VIII) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA garantirá ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
- IX) É garantida ao BENEFICIÁRIO, no caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
- X) A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da CONTRATADA.
- XI) Caso o beneficiário não esteja em Franca/SP, e necessitando de atendimentos na localidade, integrante da área de abrangência contratual, deverá encaminhar-se à operadora UNIMED local para obtenção de autorização via intercâmbio. Não havendo Unimed na cidade, o beneficiário deverá entrar em contato diretamente com a Unimed Franca.
- XII) Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá telefonar ou dirigir-se até a CONTRATADA para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos na RN 259/2011, para o procedimento solicitado.

XIII) O beneficiário não será reembolsado de acordos particulares que tenha feito diretamente com o prestador, a não ser que a UNIMED Franca o tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito.

XIV) Incorrendo na hipótese do item anterior, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à Unimed Franca, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando caber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

C - Junta médica

a) Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

I) Havendo instauração de junta médica, o beneficiário poderá ser notificado para participar, prestar esclarecimentos e apresentar laudos e exames.

2) Mecanismos de utilização – financeiros - Co-participação

Sobre a utilização dos procedimentos abaixo relacionados será cobrada co-participação, conforme estabelecido na proposta e termo de adesão:

a) **CONSULTAS EM CONSULTÓRIO E EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA.**

b) **EXAMES COMPLEMENTARES E SADTS (SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA):**

I) Definidos no Rol editado pela ANS (RN 387, Anexo I) como de baixa complexidade.

II) Definidos no Rol editado pela ANS (RN 387, Anexo I) como de alta complexidade.

c) **PROCEDIMENTOS**

I) Definidos no Rol editado pela ANS (RN 387, Anexo I) como de baixa complexidade, neles incluídas sessões de fisioterapia, acupuntura e outras terapias.

II) Definidos no Rol editado pela ANS (RN 387, Anexo I) como de ALTA complexidade.

X) FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Este contrato tem sua formação de preço pré-estabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento valor da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

1) Pagamento da contraprestação pecuniária

- a) O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste Contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, excetuados os casos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98, e esta se obriga a pagar à **CONTRATADA**, sendo certo que, o valor estipulado nesta data, corresponde ao número de beneficiários indicados na Solicitação de Adesão, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos.
- b) Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**.
- c) O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- d) Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.
- e) O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.
- f) O preço por **BENEFICIÁRIO** cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Solicitação de Inclusão será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.
- g) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da **CONTRATADA** de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.
- h) Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias superiores a 60 (SESSENTA) dias, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, suspender ou rescindir o contrato.
- i) O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.
- j) Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.
- k) Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.
- l) Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

2) Demitidos, exonerados e aposentados

- a) Os BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados que fazem jus ao direito previsto no art. 30 e art. 31 da Lei 9.656/98 e que o exercerem conforme legislação vigente e no prazo estabelecido são integralmente responsáveis pelos valores de sua mensalidade e de seu grupo familiar.
- b) Não caberá qualquer cobrança à CONTRATANTE de eventuais atrasos ou inadimplência dos BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados, únicos responsáveis pelo pagamento e consequências do inadimplemento de sua obrigação.
- c) Os boletos de cobrança de mensalidade serão encaminhados diretamente ao endereço informado pelo BENEFICIÁRIO, na oportunidade da opção pela manutenção ao plano.
- d) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da CONTRATADA de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.
- e) O atendimento será suspenso exclusivamente ao BENEFICIÁRIO que não pagar sua mensalidade no prazo de 60 dias, consecutivos ou não, desde que notificado no 50º dia de inadimplemento.

XI) REAJUSTE**11.1 Reajuste anual**

- a) A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário de vigência do contrato, sem prejuízo das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei n.º 9.656, de 1998.
- b) O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do ÍNDICE ANS, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.
- c) Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato.
- d) No reajuste da contraprestação pecuniária será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar em alteração do perfil técnico atuarial da carteira de beneficiários, visando com isso o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa - RN 195 e suas alterações.
- e) Na hipótese de se constatar 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 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

- f) Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, por desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, o mesmo será aplicado de forma complementar ao reajuste que trata o item b e poderá ser negociado entre as partes.
- g) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
- h) O reajuste aplicado será informado à ANS no prazo máximo de 30 dias.

11.2 Contratos Coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários

a) Todos os contratos coletivos com menos de 29 (vinte e nove) beneficiários na data de seu aniversário serão reunidos para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, segundo a metodologia abaixo:

b) Metodologia de cálculo:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva de um índice financeiro;

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = S/S_m - 1$$

Em que:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade estabelecida pela OPS

- c) Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) na data do aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.
- d) A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.
- e) O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

f) A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos.

XII) FAIXAS ETÁRIAS

a) Para fins desse contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 63/2003, editada pela ANS, e os percentuais de reajuste correspondentes:

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
0 a 18 anos	__%
19 a 23 anos	__%
24 a 28 anos	__%
29 a 33 anos	__%
34 a 38 anos	__%
39 a 43 anos	__%
44 a 48 anos	__%
49 a 53 anos	__%
54 a 58 anos	__%
59 ou mais	__%

- b) As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o BENEFICIÁRIO inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos BENEFICIÁRIOS deste contrato dar-se-ão no mês SUBSEQUENTE à data de aniversário de cada BENEFICIÁRIO.
- c) A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária que incidirá sobre o preço pago pelo BENEFICIÁRIO não se confunde com o reajustamento pela variação de custos.
- d) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- e) Os percentuais de variação estão também demonstrados no anexo I.

XIII) REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS
EMPRESARIAIS

13.1 Direito dos Demitidos

- a) Nos casos de ex-empregados, quando da rescisão de contrato ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao BENEFICIÁRIO Titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que já contribuisse no plano contratado e ainda assumindo o pagamento integral da mensalidade, conforme determinação da legislação em vigor.
- b) O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO a que se refere o subitem anterior será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela CONTRATANTE, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.
- c) O benefício assegurado nos itens anteriores desta Cláusula se estende aos BENEFICIÁRIOS Dependentes. Poderão ser incluídos além dos dependentes inscritos no plano à época da vigência do contrato de trabalho novo cônjuge e filhos.
- d) O BENEFICIÁRIO tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias da demissão para o exercício do direito descrito nos itens anteriores desta cláusula.
- e) Em caso de morte do titular ex-empregado demitido, os dependentes têm direito de manter-se no plano até o final do prazo do benefício.

13.2 Direito dos Aposentados

- a) Ocorrendo a aposentadoria do BENEFICIÁRIO Titular, que seja contribuinte do plano e esteja incluído em plano coletivo de saúde da CONTRATANTE há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade por prazo indeterminado, cessando quando da admissão em novo emprego.
- b) Caso o período de permanência no plano coletivo seja inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve contribuindo para o plano de saúde da CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

- c) A manutenção assegurada se estende aos BENEFICIÁRIOS Dependentes. Poderão ser incluídos além dos dependentes inscritos no plano à época da vigência do contrato de trabalho novo cônjuge e filhos.
- d) O BENEFICIÁRIO tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias da aposentadoria para o exercício do direito descrito nos itens anteriores desta cláusula.
- e) O disposto neste item aplicar-se-á somente para ex-funcionários: aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensivo àqueles BENEFICIÁRIOS Titulares com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação.
- f) No caso de cancelamento desse contrato, será disponibilizado ao BENEFICIÁRIO, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.
- g) Nos planos custeados integralmente pela empresa CONTRATANTE, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

13.3 Do Direito à Portabilidade

- a) O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário tratada neste item, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.
- b) Se durante o gozo do direito de manutenção do plano o ex-empregado titular falecer, os dependentes poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

13.4 Da extinção do direito de manutenção

- a) O benefício da manutenção no plano de inativos será extinto, independentemente de notificação, quando:
- I) A empresa CONTRATANTE cancelar o contrato;
 - II) Exaurido o tempo do benefício.
 - III) Assunção de emprego em outra empresa.

13.5 Das questões operacionais

Obrigações da contratante

a) A CONTRATANTE reconhece que pelos termos da lei deverá optar entre contratar plano de saúde exclusivo para o empregado demitido sem justa causa ou aposentado ou permitir a manutenção dos referidos beneficiários no plano existente para ativos, nos termos e pelo período estabelecido na RN 279/2011.

- I) A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de **reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.** O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.
- II) O plano exclusivo deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados. O referido plano deverá ser oferecido e mantido na mesma **segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver,** do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
- III) O plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá possuir condições de **reajuste, preço, faixa etária** diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
- IV) A CONTRATANTE deverá dar ciência, no ato da demissão, ao empregado demitido, exonerado ou aposentado da opção de manter-se no plano destinado aos inativos, que deverá ser feita em 30 dias da comunicação, sob pena de perda do direito.
- V) Ao solicitar exclusão do empregado demitido ou aposentado, deverá fazê-lo na ficha de solicitação de exclusão, cujo modelo encontra-se em anexo, devidamente assinada pelo empregado e acompanhada de documentos comprobatórios das informações prestadas.
- VI) A exclusão do empregado somente será efetivada após entrega da ficha de exclusão assinada, devidamente instruída com documentos, para que a operadora possa avaliar sobre o direito do empregado ao benefício da manutenção no plano.
- VII) Enquanto o funcionário estiver incluído no plano, como empregado ativo da empresa, a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento da mensalidade do plano perante a CONTRATADA.



VIII) Após o final processamento da exclusão do funcionário pela CONTRATADA, a CONTRATANTE não terá quaisquer obrigações em relação ao pagamento da mensalidade do referido funcionário.

13.6 Obrigações da contratada

- a) A CONTRATADA deverá apresentar ao empregado, sempre que solicitado, a tabela de preços do plano, com as devidas faixas etárias.
- b) A CONTRATADA deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

13.7 Das obrigações do ex-empregado

- a) Para assegurar o direito à manutenção, o ex-empregado deverá dirigir-se à operadora dentro do prazo de 30 dias a contar da demissão para assinar termo de admissão ao plano de inativos.
- b) A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades será exclusivamente do ex-empregado.

XIV) CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- a) A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE, quer seja por carta ou planilha no período da Movimentação Cadastral conforme assinalado na Solicitação de Adesão.
- b) A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s).
- c) A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO titular e dependentes, durante a vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da contratante nos seguintes casos:
 - I) fraude; ou
 - II) por perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE.
- d) A exclusão de BENEFICIÁRIO titular, a pedido da CONTRATANTE, cancelará automaticamente a inscrição de todos os seus respectivos dependentes, obrigando-se a devolver todas as carteiras de identificação à CONTRATADA.

- e) Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES serão excluídos se houver perda dos vínculos de dependência.
- f) A separação de corpos, separação judicial e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro o direito de permanecer no contrato na situação de dependente.
- g) A maioridade ou emancipação dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES ou o prazo final da tutela e da curatela acarretará a perda de qualidade de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE.
- h) O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.
- i) As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.
- j) A CONTRATANTE deverá comunicar aos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, **caso não haja continuidade do benefício com outra Operadora de Planos de Saúde**, sobre :
- I) o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO e que a CONTRATANTE esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais;
 - II) Permanecerem no plano da CONTRATANTE destinado a inativos, de acordo com a regulamentação vigente.

XV) RESCISÃO

- a) Havendo inadimplemento por 15 (QUINZE) dias, consecutivos ou não, haverá suspensão de cobertura. O contrato será rescindido de pleno direito em caso de inadimplemento por 60 (SESSENTA) dias, consecutivos ou não.
- b) Fica definido que a rescisão imotivada por ambas as partes, somente poderá ocorrer depois de decorrido o período obrigatório de vigência de 12 (doze) meses do contrato, com notificação prévia de no mínimo 60 (sessenta) dias.
- c) Durante o período inicial de vigência de 12 (doze) meses, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

d) Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

e) O presente contrato poderá ser extinto por quaisquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

XVI) DISPOSIÇÕES GERAIS

a) Fazem parte do presente contrato a proposta de admissão, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, o Guia de Leitura Contratual – GLC e Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, disponibilizados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, desde o início das tratativas que resultaram na celebração do presente.

b) **O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site www.ans.gov.br.**

c) A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 - da Organização Mundial da Saúde.

d) **TRANSFERÊNCIA / MIGRAÇÃO DE PLANOS:** as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para contratação de novo plano.

e) **Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela **CONTRATADA** para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.**

f) A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

g) À tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

h) Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

i) O BENEFICIÁRIO autoriza a divulgação de suas informações de saúde e de seus dependentes no âmbito interno da **CONTRATADA**, e entre essa e sua rede credenciada, para fins epidemiológicos, de auditoria e para cumprimento de exigências da ANS.


- j) Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
- k) A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como informação ao CONTRATANTE, a partir da data do respectivo pagamento.
- l) Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

XVII) FORO

Fica eleito o Foro de domicílio do **CONTRATANTE**, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.


Por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente contrato.

Franca, Ci de Agosto de 2017.



CONTRATANTE **Fernando José Pinto**
Prefeito Municipal
CPF: 204.538.336-91
RG: M 769.090

CONTRATADA
Nilson Ricardo Salomão
Presidente



Daniel Martiniano Haber
Diretor Financeiro

TESTEMUNHAS
NOME:
CPF/RG:

TESTEMUNHAS
NOME:
CPF/RG:

ANEXO I**1) VALORES DE CO-PARTICIPAÇÃO:
Procedimentos**

Valores - R\$

- a) CONSULTAS (CONSULTÓRIO E UNIDADE DE EMERGÊNCIA).R\$ 20,0 (vinte reais)
- b) Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol da ANS (Anexo I da RN 387) como PAC;
.....ISENTO
- c) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia): Todos elencados no rol, a exemplo de: Eletrocardiograma, Hemograma Total, Parasitológico, Urocultura, Coprocultura, Urina Rotina, RX simples, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia; Planejamento Familiar /Acupuntura, Sessões de Fisioterapia previstas no Rol de procedimentos da ANS (Anexo I da RN 387) e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE BAIXA COMPLEXIDADE;.....ISENTO

2) VALORES DA MENSALIDADE - PLANO "ALPHA EMPRESARIAL"

FAIXA ETÁRIA	PLANO "ALPHA" - acomodação enfermaria POR BENEFICIÁRIO INSCRITO	% DE AUMENTO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos	R\$ 73,71	0,00 %
19 a 23 anos	R\$ 81,89	11,10 %
24 a 28 anos	R\$ 93,99	14,78 %
29 a 33 anos	R\$ 108,15	15,07 %
34 a 38 anos	R\$ 117,66	8,79 %
39 a 43 anos	R\$ 135,49	15,15 %
44 a 48 anos	R\$ 172,93	27,63 %
49 a 53 anos	R\$ 242,44	40,20 %
54 a 58 anos	R\$ 293,83	21,20 %
Acima de 59 anos	R\$ 400,40	36,27 %

3) VALORES PARA EMISSÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO:

a) Será cobrada a emissão de 2ª via do cartão de identificação no valor de R\$5,00.

b) Internação Psiquiátrica

Havendo utilização maior que o número de dias estabelecido para custeio integral de internação psiquiátrica durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada co-participação por dia de internação, no valor correspondente a 30% do valor da internação. O percentual cobrado a título de co-participação será estabelecido no momento da contratação e deverá obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes na data da contratação.

Franca, 03 de Agosto de 2017.

Fernando José Pinto
Prefeito Municipal
CPF: 204.538.336-91
RG: M 769.090

CONTRATADA

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

TERMO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS / CPT

As partes Unimed Franca - Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares e Prefeitura Municipal de Delimitador, acordaram que no plano ALPHA COLETIVO EMPRESARIAL, registrado na ANS sob nº 407.341/99-0, contratado aos 01 / 08 / 2017 as carências serão reduzidas da forma abaixo explicitada:

Procedimento	* Carência I	* Carência II
Urgência e Emergência: atendimento ambulatorial de urgência e emergência e casos de acidente pessoal nos termos da resolução Consu nº 13/98;	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Consulta médica: em consultório no horário normal ou preestabelecido;	24 (vinte e quatro) horas	30 (trinta) dias
Consultas e procedimentos com multiprofissionais: em consultórios, clínicas e centros médicos nas especialidades: Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia; Planejamento Familiar /Acupuntura.	24 (vinte e quatro) horas	180 (cento e oitenta) dias
SADT PROMOCIONAL (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia): Eletrocardiograma, Hemograma Total, Parasitológico, Urocultura, Coprocultura, Urina Rotina, RX simples, e Sessões de Fisioterapia previstas no Rol de procedimentos da ANS (Anexo I da RN 262);	24 (vinte e quatro) horas	30 (trinta) dias
SADT: Exames complementares e serviços de apoio diagnóstico, demais exames laboratoriais, procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, assim denominados no Rol da ANS (Anexo I da RN 262);	24 (vinte e quatro) horas	180 (cento e oitenta) dias
PAC: Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol da ANS (Anexo I da RN 262) como PAC;	24 (vinte e quatro) horas	180 (cento e oitenta) dias
Internações: clínicas e cirúrgicas;	24 (vinte e quatro) horas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo: Parto que ocorre durante o período de 37 a 42 semanas de gestação.	24 (vinte e quatro) horas	300 (trezentos) dias

Cobertura Parcial Temporária	Período I	Período II
Doenças e lesões pré-existentes: Cobertura parcial temporária para procedimentos de alta complexidade	24 (vinte e quatro) horas	730 (setecentos e trinta) dias

*** Carência e Período I**

Válida exclusivamente para os beneficiários incluídos no dia ou mês de ativação do contrato.

**** Carência e Período II**

Inclusões válidas após ativação (exceto mês ativação).

Por ser verdade, firmam o presente termo em duas vias de igual teor.

Franca, 01 de Agosto de 2017.

CONTRATANTE
 Prefeito Municipal
 CPF: 204.538.336-81
 RG: M 769.090

CONTRATADA
 Nilson Ricardo Salomão
 Presidente

ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE FIRMADO ENTRE Unimed Franca Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Hospitalares e MUNICIPIO DE DELFINOPOLIS

CONTRATO Nº 1127
PLANO REGISTRADO SOB O Nº 407341990
NOME DO PLANO: ALPHA EMPRESARIAL

As partes, já qualificadas nos instrumentos firmados, vem aditar o presente contrato, fazendo-o da forma a seguir exposta:

I – CLÁUSULA PRIMEIRA – DO REAJUSTE ANUAL

- 1.1 Para fins de recomposição do valor da moeda e para trazer equilíbrio financeiro ao contrato, as partes decidiram aplicar em **AGOSTO de 2018** o reajuste de **12,67%** (valores praticados em anexo) nas contraprestações e co-participações. Esse reajuste vigorará até **JULHO de 2019**.
- 1.2 A CONTRATANTE declara que dará conhecimento aos beneficiários das alterações havidas em razão do presente aditivo.
- 1.3 A CONTRATADA informará à ANS do reajuste aplicado, conforme legislação em vigor.
- 1.4 A CONTRATANTE não faz parte do pool de risco da RN 309/ANS para este ano.

II – CLÁUSULA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS

Permanecem inalteradas as demais cláusulas do referido instrumento particular de assistência na forma de plano de saúde.

Por se acharem assim concordes, assinam o presente termo em duas vias, de igual teor.

Franca, 30 de Novembro de 2018.



Suely Alves Ferreira Lemos
Prefeita Municipal
CPF: 339.621.116-20
RG: 9.437.080-1 SSPSP

Contratante: MUNICIPIO DE DELFINOPOLIS



Suely Alves Ferreira Lemos
Prefeita Municipal
CPF: 339.621.116-20
RG: 9.437.080-1 SSPSP

Contratada

UNIMED FRANCA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
Nilson Ricardo Salomão - Presidente

ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE FIRMADO ENTRE UNIMED FRANCA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES E MUNICIPIO DE DELFINOPOLIS.

**CONTRATO ALPHA COLETIVO EMPRESARIAL nº 1127
PLANO REGISTRADO SOB O Nº 407341990**

As partes, **UNIMED FRANCA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**, neste ato representada por seu Diretor Presidente **Dr. Nilson Ricardo Salomão** e por seu Diretor Superintendente **Dr. Paulo Sérgio Faleiros**, denominada **CONTRATADA** e **MUNICIPIO DE DELFINOPOLIS**, CONTRATANTE, decidem, de comum acordo, aditar o presente contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, fazendo-o da forma abaixo:

CONSIDERANDOS:

1. Considerando que o reajuste anual de planos coletivos empresariais é aplicado conforme as normas contratuais definidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica contratante;
2. A CONTRATANTE não faz parte do pool de risco da RN 309/ANS para este ano.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA APLICAÇÃO DO REAJUSTE ANUAL:

1. Para dar equilíbrio financeiro ao contrato, a CONTRATADA e a CONTRATANTE decidem aplicar o reajuste de **12,67%** , às contraprestações e coparticipações.
2. O reajuste será válido de **AGOSTO/2019** até **JULHO/2020**.
3. A CONTRATANTE declara que dará conhecimento aos beneficiários das alterações havidas em razão do presente aditivo.
4. A CONTRATADA informará à ANS do reajuste aplicado nos termos da legislação em vigor.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Permanecerão válidas e em vigor todas as cláusulas do contrato de plano de saúde não alteradas pelo presente ADITIVO.


E por estarem justas e contratadas, firmam o presente instrumento na presença de duas testemunhas devidamente identificadas.

Franca/SP, 30 de **NOVEMBRO** de 2019.



CONTRATADA

CONTRATANTE


Suely Alves Ferreira Lemos
Prefeita Municipal
CPF: 339.621.116-20
RG: 9.437.080-1 SSPSP

Testemunhas:
