

**QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA****CONTRATADA:**

- 1) Razão Social: UNIMED DE BAURU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.
- 2) CNPJ nº: 44.456.036/0001-50.
- 3) Classificação da operadora na ANS: Cooperativa Médica.
- 4) Endereço: Rua Gustavo Maciel, nº. 11-30, Centro, na cidade de Bauru/SP, CEP - 17015-320, telefone (14) 3235-3322, fax (14) 3235-3323

**QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE****CONTRATANTE:**

- 1) Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS ENGENHEIROS ARQUITETOS E AGRON. DE BAURU
- 2) Nome Fantasia: \*\*\*
- 3) CNPJ nº: 45.032.406/0001-94
- 4) Endereço: Rua/Av R. DR FUAS DE MATTOS SABINO, nº.1-15, bairro JARDIM AMERICA, na cidade de BAURU, Estado SÃO PAULO, CEP 17.017-332.

**NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

- 1) Nome Comercial: PLANO ADESÃO QUARTO COLETIVO COM MODERAÇÃO.
- 2) Registro produto na ANS n.º 700.975.99-5.

**TIPO DE CONTRATAÇÃO**

- 1) O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência saúde, **coletivo por adesão**, para população delimitada vinculada a pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.

**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

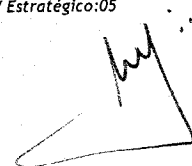
- 1) A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como ambulatorial, hospitalar, com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.

**ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

- 1) A área geográfica de abrangência dos serviços eletivos e urgência e emergência ora contratados, é caracterizada como **grupo de municípios**.

**ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

1



1) A área de atuação do presente contrato, para fins de comercialização e operacionalização, é classificada como grupo de municípios compreendendo as cidades e distritos de Agudos, Arealva, Avai, Balbinos, Bauru, Brasília Paulista, Cabrália Paulista, Duartina, Fernão, Gália, Guaianás, Jacuba, Jacanga, Lucianópolis, Marilândia, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Regiópolis, Santelmo, Tibiriçá e Vanglória.

### PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1) As internações hospitalares ocorrerão em acomodação em enfermaria (quarto coletivo).

### FORMAÇÃO DO PREÇO

1) O CONTRATANTE pagará à UNIMED DE BAURU, uma só vez, o montante inerente à taxa de inscrição, no valor de R\$ 43,15 (QUARENTA E TRÊS REAIS E QUINZE CENTAVOS) por beneficiário.

2) Para ter direito aos serviços contratados, o CONTRATANTE pagará a UNIMED DE BAURU, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente), cujos valores constam em anexo, considerando-se a respectiva faixa etária.

3) As mensalidades serão pagas pelo CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, até o dia 15 (QUINZE) de cada mês a que se referir, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

### SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1) Não há no presente contrato cláusulas para serviços adicionais não previstos na lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

1) Na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, a UNIMED DE BAURU prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98 para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, nos termos do artigo 10 "caput" da lei 9656/98, oferecendo cobertura assistencial relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames, a exceção das exclusões legais e constantes neste contrato em cláusula específica, nos termos do parágrafo 4º do artigo 10 da lei 9656/98 e artigo 4º, inciso III, da lei 9961/2000, ou seja, para aqueles procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames que decorram das doenças listadas na Classificação Internacional de 2

Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, utilizados no atendimento ambulatorial ou hospitalar do beneficiário/contratante, que estejam exclusiva e taxativamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

2) Por este instrumento particular, bilateral, oneroso e de adesão, que gera direitos e obrigações às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil vigente e subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor nos termos do artigo 35 "G" da lei 9656/98, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e UNIMED DE BAURU, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições ajustadas no presente.

#### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1) É considerado beneficiário titular:

1.1) O beneficiário com vínculo ativo, profissional, classista ou setorial junto da pessoa jurídica CONTRATANTE.

1.2) Entende-se por pessoas jurídicas passíveis legitimadas para a presente contratação a vista de sua modalidade (coletivo por adesão) as seguintes entidades:

a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão.

b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações.

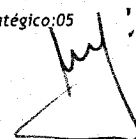
c) Associações profissionais legalmente constituídas.

d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas.

e) Caixas de assistência e fundações de direito privado.

f) Órgãos de representação dos estudantes de nível superior (Lei nº 7.395/85) e entidades representativas dos estudantes de 1º e 2º graus (Lei nº 7.398/85).

g) Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras<sup>3</sup>



(DIOPE).

1.3) A CONTRATANTE deverá no momento da contratação apresentar toda documentação que comprove a sua legitimidade nos termos do artigo 9º da Resolução Normativa n.º 195 da ANS, bem como a condição de elegibilidade de cada beneficiário inscrito.

2) Serão considerados beneficiários dependentes as pessoas descritas abaixo com comprovada vinculação de tal condição com o beneficiário titular:

2.1) Cônjuge.

2.2) Filhos (as) solteiros (as) até 21 (vinte e um) anos.

2.3) Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) / cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).

2.4) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil.

2.5) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

2.6) Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

2.7) Filhos (as) de beneficiários dependentes nascidos na vigência deste contrato.

2.8) Filhos (as) solteiros (as) até 24 (vinte e quatro) anos, quando comprovadamente cursando faculdade.

3) A inclusão ou manutenção de qualquer dependente dependerá obrigatoriamente da participação do beneficiário titular no contrato.

4) O cadastro de beneficiários será realizado até o dia 17 (dezesete) de cada mês, devendo sua inclusão se dar no primeiro dia útil do mês subsequente.

4.1) O CONTRATANTE fornecerá à UNIMED DE BAURU a relação dos beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED DE BAURU, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.

5) Os documentos obrigatórios que deverão ser apresentados no ato da contratação são:

5.1) Cópia do CPF e RG de todos os beneficiários titulares.

5.2) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes maiores de 18 (dezoito) anos,

5.3) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes menores de 18 (dezoito) anos, caso portadores. Eventual ausência de documentação citada, é4

indispensável a apresentação e fornecimento de cópia da certidão de nascimento.

5.4) Em caso de inclusão de cônjuge ou companheiro(a), cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável.

5.5) Comprovante de residência atualizado, preferencialmente através de conta de telefone fixo.

6) Caberá a CONTRATANTE comprovar a condição de elegibilidade de cada beneficiário inscrito neste contrato através de documentação pertinente.

7) O CONTRATANTE deverá comunicar por escrito ou por meio magnético à UNIMED DE BAURU, até o dia 17 (dezesete) de cada mês, qualquer alteração de inclusões ou exclusões de beneficiários no presente contrato.

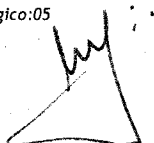
7.1) Por se tratar de um contrato em pré-pagamento, em caso de exclusões posteriores a data limite apresentada no item anterior, será gerada a cobrança integral da contraprestação referente ao beneficiário cuja a exclusão foi requerida referente ao mês subsequente, sendo-lhe assegurada a cobertura contratual até o fim do mesmo mês.

8) Por se tratar de contrato com cobertura obstétrica, nos termos do artigo 12, inciso III, alínea "a" da lei 9656/98, é assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou data da adoção.

9) Por se tratar de contrato com cobertura obstétrica, nos termos do artigo 12, inciso III, alínea "b" da lei 9656/98 os filhos de beneficiários titulares ou dependentes, nascidos na vigência deste Contrato, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente assim como incidência de cobertura parcial temporária ou agravo, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como será garantida sua inscrição sem carência desde que ocorra em até 30 (trinta) dias da data do nascimento, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva contraprestação.

10) Nos termos do artigo 12, inciso VII, da lei 9656/98, os filhos adotivos ou aqueles que estiverem sob o regime de guarda provisória ou definitiva menores de 12 (doze) anos, quando inscritos no prazo de 30 (trinta) dias contados da sua adoção formal ou concessão de guarda provisória ou definitiva, aproveitarão os prazos de carência já cumpridos por seu titular, devendo ser submetido aos períodos ainda remanescentes, caso haja.

11) Caso a inscrição seja requerida após o prazo de 30 (trinta) dias contados do nascimento, adoção ou guarda provisória, ou tenha a criança nascido fora da vigência deste contrato, vigorarão para o inscrito os prazos de carências estabelecidos no item "Períodos de Carência".



**COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

1) A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada prevista neste instrumento, a exceção das exclusões legais e constantes neste contrato em cláusula específica, assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, nos termos do artigo 10 "caput" da lei 9656/98, oferecendo cobertura assistencial relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames, a exceção das exclusões legais e constantes neste contrato em cláusula específica, nos termos do parágrafo 4º do artigo 10 da lei 9656/98 e artigo 4º, inciso III, da lei 9961/2000, ou seja, para aqueles procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames que decorram das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, utilizados no atendimento ambulatorial ou hospitalar do beneficiário/contratante, que estejam exclusiva e taxativamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, vez que trata de contratação assistencial de cobertura básica. Este Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é taxativo na compreensão dos direitos do beneficiário/contratante, e encontra-se disponível para livre consulta no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

2) Os atendimentos serão realizados da seguinte forma:

a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, entre os cooperados da UNIMED DE BAURU, ou nos serviços de emergências próprios ou contratados, exceto nos casos de urgência ou emergência, ressalvada nestes casos as condições estabelecidas no artigo 12, inciso VI, da lei 9656/98.

b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados, exceto nos casos de urgência ou emergência, ressalvada nestes casos as condições estabelecidas no artigo 12, inciso VI, da lei 9656/98.

c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente, através da guia da UNIMED DE BAURU.

d) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência no presente contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, respeitadas as condições deste contrato, da lei 9656/98 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.

e) Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, respeitados os

**critérios de credenciamento estabelecido pela UNIMED DE BAURU.**

f) Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados pelo cirurgião dentista.

f.1) São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

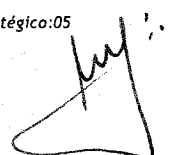
g) Cobertura para atendimentos referentes a planejamento familiar limitada a consulta de aconselhamento para planejamento familiar, atividade educacional para planejamento familiar, dosagem de Sulfato de Dehidroepiandrosterona - "S-DHEA" (desde que não caracterizado como tratamento domiciliar), e implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal (incluindo o dispositivo), nos termos da Resolução Normativa n.º 192 da ANS.

h) Cobertura assistencial para médico anestesologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, desde que haja indicação clínica para tanto.

i) Cobertura para procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente pela ANS vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação contratada. As coberturas assistenciais de que trata esta cláusula não afastam a incidência das diversas normas relacionadas às responsabilidades do empregador em relação ao acidente do trabalho e à saúde ocupacional de seus empregados. A cobertura para acidentes de trabalho oferecida por este contrato que está limitada àqueles procedimentos constantes do Rol de Procedimento promulgado pela ANS vigente na época do evento, não desobriga as empresas a seguirem as demais normas vigentes, notadamente a Resolução Normativa RN n.º 7 do Ministério do Trabalho, inclusive, por conta e expensas da empregadora no que se refere a manutenção de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, bem como a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, que não são objeto desta contratação, sendo de responsabilidade exclusiva do empregador, que deverão, portanto, serem mantidos e estabelecidos de maneira independente do plano de saúde ora contratado.

**3) A cobertura ambulatorial garante:**

3.1) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas



básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.2) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação, salvo aqueles excluídos pelo item "Exclusões de Cobertura".

3.3) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional credenciados da UNIMED DE BAURU, mediante indicação do médico assistente, em número limitado de sessões conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente pela ANS vigente à época do evento.

3.4) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número limitado em sessões conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente pela ANS vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado e credenciado da UNIMED DE BAURU, mediante indicação do médico assistente.

3.5) Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados e pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta credenciados da UNIMED DE BAURU, mediante indicação do médico assistente.

3.6) Cobertura ainda para os seguintes procedimentos ambulatoriais considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, ou seja, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência.

c) procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial.

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, ou seja, aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

e) hemoterapia ambulatorial.



f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, com observância das Diretrizes de Utilização, exceto cirurgia refrativa (corretiva), independentemente da técnica a ser utilizada para miopia, de graus menor que - 5,0 (menos cinco) e maior que - 10,0 (menos dez) com ou sem astigmatismo ou hipermetropia maior que 6,0 (seis) com ou sem astigmatismo.

3.7) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

3.8) Tratamento para psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissionais da saúde mental, preferencialmente cooperados, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato (sessões não cumulativas, ou seja, direito a 12 [doze] sessões a cada ano de contrato).

3.8.1) A quantidade de sessões da psicoterapia de crise será considerada independentemente da patologia ou do recurso médico, limitadas as 12 (doze) sessões ano/contrato.

3.9) Cobertura aos atendimentos ambulatoriais clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

3.10) Tratamento básico prestado por médico psiquiatra cooperado, envolvendo consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

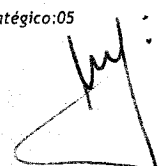
#### **4) A cobertura hospitalar garante:**

4.1) Cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive para procedimentos obstétricos, bem como o acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional ao CONTRATANTE, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela UNIMED DE BAURU.

4.2) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

4.3) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação em ambiente hospitalar do beneficiário.

4.4) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de 9



quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.5) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação.

4.6) O beneficiário terá direito a remoção inter-hospitalar terrestre comprovadamente necessária dentro do limite territorial de abrangência do contrato e em território brasileiro.

4.7) Cobertura de despesas de hotelaria e alimentação disponibilizada pela entidade hospitalar de 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos bem como para aqueles portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente.

4.8) Cobertura de cirurgia buco-maxilo-facial, não estética, e que necessite de ambiente hospitalar, ocorrido na vigência deste contrato, realizado por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.9) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, ou seja, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência.

c) procedimentos de radioterapia para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar.

d) hemoterapia.

e) nutrição parenteral ou enteral.

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica.

g) embolizações.

h) radiologia intervencionista.

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

j) procedimentos de fisioterapia.

4.10) Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme artigo 10-A da Lei nº. 9.656/98.

4.11) A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgão e funções, salvo aqueles casos ocorridos fora da vigência deste contrato, onde será aplicada as regras da cobertura parcial temporária e/ou agravo.

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

4.13) O custeio integral de no máximo 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

4.14) Cobertura para atendimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

4.15) Excedendo os prazos de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato (não cumulativo), em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o beneficiário em situação de crise e 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato (não cumulativo), em hospital geral, sendo o beneficiário portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, será de obrigação do beneficiário o custeio a título de co-participação correspondente a 50 % (cinquenta por cento) dos gastos com as respectivas internações e seus correlatos, de acordo com as regras por ventura estabelecidas pela ANS.

4.16) Cobertura para atendimento ou acompanhamento psiquiátrico em regime de hospital-dia para os diagnósticos previstos e codificados (CID) nas Diretrizes de Utilização que definem critérios para cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS.

4.17) Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e11



Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

a) 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 e com a Resolução do CONSU nº. 12/98.

b) Os beneficiários deste contrato 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.

c) 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.

d) 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.

4.18) A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas de internações hospitalares em hospitais credenciados da UNIMED DE BAURU.

#### **5) A cobertura hospitalar com obstetrícia garante:**

5.1) Toda a cobertura da segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

5.2) Cobertura de 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, assim considerado as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

5.3) Nos termos do artigo 12, inciso III, alínea "a" da lei 9656/98, é assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto ou data da adoção, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou 12

Agravo.

### EXCLUSÕES DE COBERTURA

1) Fica expressamente ajustado entre as partes, uma vez que se trata o presente de contratação assistencial básica, que a UNIMED DE BAURU não se responsabilizará pela prestação dos serviços de qualquer tipo de internação, taxas, procedimentos, exames, materiais, honorários profissionais e medicamentos abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual e nem aqueles não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, disponível para livre consulta no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), salvo se estes vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS através nova Resolução Normativa da ANS, hipótese que poderá haver reajuste a qualquer tempo, por revisão técnica dos valores ora ajustados.

2) Além daqueles procedimentos, internações, materiais, medicamentos, taxas, honorários profissionais, listados abaixo bem como aqueles procedimentos, internações, materiais, medicamentos, taxas, honorários profissionais não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, estão expressamente excluídos da cobertura contratual aqueles procedimentos, internações, materiais, medicamentos, taxas, honorários profissionais definidos pelo artigo 10 da Lei nº 9.656/98 e Resolução específica promulgada pela ANS, conforme dispõe o artigo 10, parágrafo 4º da Lei nº 9.656/98, a saber:

A) - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

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

C) - Inseminação artificial.

D) - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

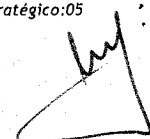
E) - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

F) - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

G) - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou tratamento ambulatorial.

H) - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

I) - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.



J) Tratamentos em clínicas para emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

K) consultas domiciliares.

L) transplantes, à exceção de córnea, rim e autólogos, desde que previstos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.

M) Quaisquer procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, conforme assim dispõe o artigo 10, parágrafo 4º da Lei Federal 9656/98 e o artigo 4º, inciso III, da Lei Federal 9961/2000, vez que trata de contratação assistencial de cobertura básica.

N) Medicamentos de manutenção para casos de transplantes.

O) Exames para utilização de piscinas em clubes esportivos, ginásticas e práticas esportivas.

P) Cirurgia refrativa (corretiva), independentemente da técnica a ser utilizada para miopia, de graus menor que - 5,0 (menos cinco) e maior que - 10,0 (menos dez) com ou sem astigmatismo ou hipermetropia maior que 6,0 (seis) com ou sem astigmatismo.

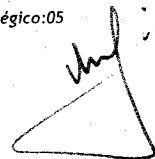
Q) Procedimentos relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado pela ANS vigente à época do evento, bem como Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, que não são objeto desta contratação, sendo tais de responsabilidade exclusiva do empregador, por isso, deverão ser mantidos e estabelecidos de maneira independente do plano de saúde ora contratado, portanto, estando expressamente excluídos da cobertura do presente contrato.

#### DURAÇÃO DO CONTRATO

- 1) Este contrato é válido a partir da data de sua assinatura.
- 2) Este contrato é válido pelo período mínimo de 12 (doze) meses.
- 3) Após o período de mínimo de vigência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.
- 4) Não haverá cobrança de taxa no ato da renovação contratual.

**PERÍODOS DE CARÊNCIA**

- 1) Os períodos de carências passarão a contar a partir da data do ingresso do beneficiário ao plano, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.
- 2) Os períodos de carência que deverão ser observados pelos beneficiários são os seguintes:
- 3) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, devidamente comprovados em declaração do médico assistente.
  - 3.1) 24 (vinte e quatro) horas para os demais atendimentos de urgência ou emergência (definidos no tema específico), cujo atendimento, nestes casos, limitará a obrigação da UNIMED DE BAURU pelo custeio das despesas das 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial. Caso ocorra a necessidade de internação do beneficiário após o atendimento ambulatorial, as despesas daí decorrentes passam a ser de responsabilidade do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus ou responsabilidade a UNIMED DE BAURU.
- 4) 24 (vinte e quatro) horas para Consultas e para os exames simples, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.
  - 4.1) São considerados exames simples, todos aqueles constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento não classificados no citado Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
- 5) 60 dias para exames de alta complexidade desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa vigente à época do evento, a qual classifica e descreve quais exames são definidos como de alta complexidade.
- 6) 150 dias para fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, atendimento nutricional e pequenos procedimentos ambulatoriais, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento.



7) 180 dias para internações clínicas ou cirúrgicas, cobertas por este contrato, inclusive as referentes à saúde mental, demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, de acordo com a cobertura prevista na Lei nº. 9.656/98, respeitando-se os limites, restrições e especificações do item "exclusões de cobertura".

8) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

9) Não poderá ser exigido o cumprimento de carências se a inscrição do beneficiário vinculado a CONTRATANTE no plano, ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da celebração do presente contrato.

9.1) Não poderá ser exigido o cumprimento de carência caso o beneficiário se vincule à CONTRATANTE após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias contados da celebração do presente contrato, desde que formalizada sua proposta de adesão em até 30 (trinta) dias da data do 1º (primeiro) aniversário do presente contrato após a vinculação do beneficiário junto a CONTRATANTE.

#### DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

2) O beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) deverá informar à UNIMED DE BAURU, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº. 9.656/1998.

2.1) Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

2.2) O beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) 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 UNIMED DE BAURU, sem qualquer ônus para o beneficiário.

2.3) Caso o beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED DE BAURU, poderá fazê-lo, 16



desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

2.4) O objetivo da entrevista qualificada é 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 adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

2.5) É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED DE BAURU, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

3) Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIMED DE BAURU oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

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

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

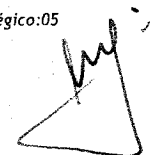
6) Caso a UNIMED DE BAURU não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7) Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED DE BAURU somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

8) Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

9) É vedada à UNIMED DE BAURU a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

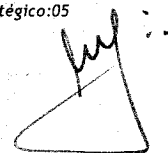
17



- 10) Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 11) O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 12) Identificado indício de fraude por parte do beneficiário (titular e/ou dependentes), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED DE BAURU deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 13) Instaurado o processo administrativo na ANS, à UNIMED DE BAURU caberá o ônus da prova.
- 14) A UNIMED DE BAURU poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 15) A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 16) Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 17) Após julgamento, e acolhida à alegação da UNIMED DE BAURU pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário titular ou qualquer outro beneficiário vinculado ao contrato, maior e capaz, da constatação da doença e lesão preexistente pela UNIMED DE BAURU, bem como o presente contrato poderá ser unilateralmente rescindido.
- 18) Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- 19) No presente contrato, qual seja, plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, independentemente do número de beneficiários inscritos poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, respeitadas as regras deste tema e os termos da resolução específica em vigor.

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- 1) São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, caracterizados por declaração do médico assistente e são casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 2) Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela UNIMED DE BAURU, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto, identificar-se como beneficiário, apresentar a carteira de identificação e cédula de identidade.
- 3) Para o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, a cobertura será garantida, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 4) Depois de cumprido os períodos de carência estabelecidos na cláusula específica, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do beneficiário até a sua alta, bem como para aqueles atendimentos necessários para a preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, respeitada a segmentação contratada e os termos do presente contrato.
- 5) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de beneficiário em cumprimento de carências para procedimentos obstétricos, a UNIMED DE BAURU estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED DE BAURU.
- 6) Em casos de atendimentos de urgência ou emergência em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT), e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados ou decorrentes de doenças ou lesões preexistentes (DLP), a UNIMED DE BAURU estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitado até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED DE BAURU.
- 7) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED DE BAURU.
- 8) Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as 19



situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

- 9) O beneficiário terá direito a remoção inter-hospitalar terrestre comprovadamente necessária dentro do limite territorial de abrangência do contrato e em território brasileiro. Terá direito também a remoção nos casos de urgência e emergência depois de realizado o atendimento classificado como tal (urgência e emergência), quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, para outro estabelecimento hospitalar credenciado da UNIMED DE BAURU, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
- 10) O beneficiário terá direito a transferência inter-hospitalar terrestre para unidade do SUS neste plano em caso de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, ou internação durante o período de cumprimento de carências, com cobertura do atendimento de urgência e emergência para qualquer dos eventos citados nesta cláusula limitada as 12 (doze) primeiras horas a nível ambulatorial para os atendimentos que necessitem de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos alta complexidade.
- 11) Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e a unidade prestadora do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.
- 12) Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento, desde que atestada a possibilidade e condições do paciente para tanto por médico assistente.
- 13) Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 14) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 15) Nos casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo beneficiário (titular ou dependente), conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº. 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes, nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela UNIMED DE BAURU aos serviços prestados, materiais, medicamentos e correlatos, tendo como base a Tabela de valores referência da UNIMED DE BAURU praticados junto de seus prestadores credenciados, não podendo o valor do reembolso ser inferior 20



aqueles valores praticados pela UNIMED DE BAURU junto de sua rede de prestadores e profissionais credenciados.

16) O processo de reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.

b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.

c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.

d) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

17) O prazo de prescrição para que o beneficiário apresente os documentos acima referidos é de 01 (um) ano contados da data do evento.

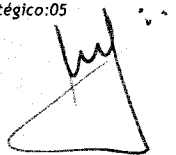
#### **ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

1) O tema acima não se aplica ao presente contrato por este não contemplar o sistema de aberta escolha, já que o acesso dos beneficiários vinculados ao presente contrato se dá junto a gama de prestadores com vínculo de credenciamento e cooperamento com a UNIMED DE BAURU, estando vedado o atendimento em prestadores de serviços (hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios, etc.) localizados fora da área geográfica de abrangência ora contratada ou fora da rede credenciada da UNIMED DE BAURU bem como aqueles hospitais considerados de alto custo e/ou que possuem tabela de valores própria, divergente daquela tabela de valores praticada pela UNIMED DE BAURU, salvo a exceção constante do artigo 12, inciso VI da lei 9656/98, resguardada a limitação de valores imposta pelo citado artigo (reembolso correspondente aos valores da tabela praticada pela operadora).

#### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

1) Os itens inseridos na Cláusula "Cobertura e procedimentos garantidos" são taxativos, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

2) Para ter direito aos serviços contratados, a CONTRATANTE pagará a UNIMED DE BAURU, além da mensalidade, uma co-participação de 40% (quarenta por cento) sobre as consultas, 40% (quarenta por cento) sobre SADT'S (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), 0% (zero por cento) sobre 21



internações não psiquiátricas e 50% (cinquenta por cento) sobre os gastos com as internações psiquiátricas e seus correlatos como materiais, medicamentos, taxas de sala, etc., inclusive nos atendimentos de urgência e emergência.

- 3) Entende-se como "co-participação", a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à operadora, referente à realização do procedimento e os correlatos necessários para a realização dos mesmos como materiais, medicamentos, taxas de sala, etc., não sendo considerada como contribuição a citada co-participação, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/98.
- 4) O valor referente ao percentual da co-participação deverá respeitar as normativas eventualmente promulgadas pela ANS.
- 5) Salvo consultas, exames simples (descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento) e procedimentos caracterizados como urgência e emergência, o beneficiário titular ou dependente para ter direito aos demais serviços objeto deste contrato, deverá observar a necessidade da obtenção de autorização junto a UNIMED DE BAURU mediante a apresentação de sua carteira de identificação de documento de identidade, sempre observado os respectivos períodos de carências ajustados no item "Períodos de Carência".
- 6) Para fins de atendimento, a UNIMED DE BAURU expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.
- 7) Salvo consultas, exames simples (descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento) e procedimentos caracterizados como urgência e emergência, os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da UNIMED DE BAURU, somente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei n.º 9.656/98.
- 8) Nas consultas de rotina, o beneficiário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao beneficiário exercer a livre escolha entre os médicos cooperados da UNIMED DE BAURU.
- 9) Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.
- 10) Somente nas situações de urgências e emergências, o beneficiário terá direito à internação imediata, respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar, em até 02(dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização.
- 11) A UNIMED DE BAURU deverá emitir sua resposta a solicitação de 22



autorização prévia ao CONTRATANTE, no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

12) Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista vinculados à sua especialidade.

13) A UNIMED DE BAURU disponibilizará "Guia Médico" escrito e disponibilizado em seu *site* com suas atualizações no endereço eletrônico [www.unimedbauru.com.br](http://www.unimedbauru.com.br), onde constarão:

a) Relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios.

b) Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia.

c) Relação de serviços de urgência/emergência.

d) Relação dos hospitais contratados e/ou próprios.

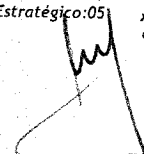
14) A inclusão como contratados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência deste contrato, salvo as hipóteses reguladas pelas cláusulas seguintes combinadas com o artigo 17, seus parágrafos e incisos da lei 9656/98.

15) É facultada a substituição pela UNIMED DE BAURU de entidade hospitalar dela credenciada ou contratada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar objeto do descredenciamento.

16) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da operadora em razão de fraude ou infração às normas fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato.

17) Caso a substituição do estabelecimento hospitalar ocorra por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação do beneficiário, caberá a UNIMED DE BAURU arcar com a responsabilidade da transferência imediata para outro estabelecimento dela credenciado, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o CONTRATANTE.

18) Caso o redimensionamento da rede hospitalar acarrete redução da rede



de prestadores credenciados da UNIMED DE BAURU, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

19) Será garantida, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da UNIMED DE BAURU e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo que caso haja cobrança de honorários estes devem ser suportados pela UNIMED DE BAURU.

20) Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos beneficiários na área de atuação da UNIMED DE BAURU, esta orientará o beneficiário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do beneficiário, salvo a hipótese contidas no item "urgência e emergência".

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

22) As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências, serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

23) À UNIMED DE BAURU fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pelo CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

24) O CONTRATANTE expressamente declara e autoriza a UNIMED DE BAURU a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento do Prontuário Eletrônico alocado em seu Portal, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos beneficiários inscritos neste contrato, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se o CONTRATANTE em obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.

25) Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados por médicos cooperados, sendo que sua realização dar-se-á somente por médicos cooperados ou credenciados e em locais credenciados.

26) Fica inequivocamente ajustado que as carteiras de identificação expedidas pela UNIMED DE BAURU em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se o CONTRATANTE a recolhê-las e devolvê-las no caso de rescisão contratual.

27) Os dependentes serão cadastrados na mesma acomodação do titular. 24





**FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

1) O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-estabelecido, ou seja, sendo o valor da contraprestação pecuniária calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas pelo presente.

2) As mensalidades serão pagas pelo CONTRATANTE, na forma de pré-pagamento, até o dia 15 (QUINZE) de cada mês a que se referir, por intermédio de específica fatura, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

3) Para ter direito aos serviços contratados, o CONTRATANTE pagará a UNIMED DE BAURU, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente), considerando-se a respectiva faixa etária acrescida da participação de 40% (quarenta por cento) sobre as consultas, 40% (quarenta por cento) sobre SADS (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), 0% (zero por cento) sobre internações não psiquiátricas e 50% (cinquenta por cento) sobre os gastos com as internações psiquiátricas e todos os seus correlatos, como materiais, medicamentos, taxas de sala, etc., inclusive nos atendimentos de urgência e emergência.

4) Os pagamentos referentes as contraprestações mensais e das respectivas participações contratadas, serão de inteira responsabilidade do CONTRATANTE, vez que em razão do artigo 14, da Resolução Normativa n.º 195 da ANS, alterada pela Resolução Normativa n.º 200 da ANS, ambas com vigência a partir de 03.11.2009 conforme a Resolução Normativa n.º 204 da ANS, é vedada a UNIMED DE BAURU efetuar cobrança diretamente dos beneficiários, salvo nos casos de beneficiários inativos nos termos dos artigos 30 e 31 da lei 9656/98, ocasião em que a obrigação do pagamento passa a ser do beneficiário.

5) Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), correção monetária até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

6) Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da UNIMED DE BAURU, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A UNIMED DE BAURU não autoriza qualquer acordo entre os beneficiários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.

7) Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados no presente.

**REAJUSTE**

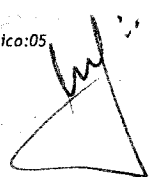
1) Caso a presente contratação apresente a inscrição inicial de um numero inferior a 30 (trinta) beneficiários, a CONTRATANTE concorda em participar do grupo de empresas contratantes de planos de saúde com menos de 3025

30% consult  
20% exames

0% psiquiatria



Nota



(trinta) beneficiários inscritos nos termos da Resolução Normativa 309/12 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para fins de cálculo atuarial e variação de custos dos serviços por se tratar a presente de uma contratação empresarial de pequeno porte.

1.1) Em caso de ocorrência da condição prevista no item 1 supra, Todos os preços previstos neste contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente no aniversário da contratação, de conformidade com o índice (IPC-FIPE SAÚDE) a ser apurado no período de 12 (doze) meses compreendidos entre os meses de março e fevereiro anteriores a data de aniversário do contrato, ou a qualquer tempo em caso de desequilíbrio contratual econômico/financeiro em face da reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços será utilizado o resultado financeiro total do grupo de empresas contratantes de planos de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos nos termos da Resolução Normativa 309/12 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, assim como em caso de atualização do rol de procedimentos da ANS, sempre mediante a vontade das partes, com comunicação a ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado e à demonstração analítica da variação de componentes de custos, devidamente justificada, e também o equilíbrio econômico-financeiro-atuarial bem como a viabilidade da continuidade deste contrato, entendendo-se por desequilíbrio econômico-financeiro-atuarial, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) no período de 12 (doze) meses compreendidos entre os meses de março e fevereiro anteriores a data de aniversário do contrato das receitas diretamente percebidas pelo plano considerando o agrupamento das empresas participantes do grupo de empresas contratantes de planos de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários.

1.2) Constatado o desequilíbrio econômico-financeiro-atuarial da contratação nos termos da cláusula anterior, a fórmula a ser utilizada pelas partes contratantes para a definição do percentual necessário de reajuste para o reequilíbrio econômico-financeiro-atuarial da contratação é a seguinte:

**R (resultado) igual a S (sinistralidade apurada no período), dividido pela SM (meta de sinistralidade expressa em contrato menos 01, ou seja,  $R = (S/SM) - 1$ .**

1.3) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses contados de seu aniversário, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniárias em razão de mudança de faixa etária, conforme disposto em cláusula específica.

1.4) Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única, ressalvado caso de reajustamento em razão de avaliação de sinistralidade de trata o item acima.

1.5) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato, ressalvado aqueles decorrentes de variação de faixa<sup>26</sup>

etária.

2) Os critérios de reajuste supra indicados, suprimirão aqueles estabelecidos como as regras gerais constantes do item 4 a seguir.

3) Caso a presente contratação passe no decorrer de sua vigência a possuir 30 beneficiários ou mais inscritos, a contratação deixará de participar do grupo de contratos trazidos pela RN 309/11 passando a ser aplicado os reajustes nos termos das normas gerais trazidas a seguir.

4) Como condições gerais de reajuste neste contrato, todos os preços previstos neste contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente no aniversário da contratação, de conformidade com o índice (IPC-FIPE SAÚDE) a ser apurado no período de 12 (doze) meses compreendidos entre os meses de março e fevereiro anteriores a data de aniversário do contrato, ou a qualquer tempo em caso de desequilíbrio contratual econômico/financeiro em face da reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, assim como em caso de atualização do rol de procedimentos da ANS, sempre mediante a vontade das partes, com comunicação a ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado e à demonstração analítica da variação de componentes de custos, devidamente justificada, e também o equilíbrio econômico-financeiro-atuarial bem como a viabilidade da continuidade deste contrato, entendendo-se por desequilíbrio econômico-financeiro-atuarial, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) no período de 12 (doze) meses compreendidos entre os meses de março e fevereiro anteriores a data de aniversário do contrato das receitas diretamente percebidas pelo plano considerada a presente contratação.

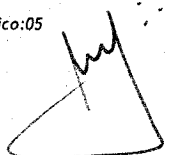
5) Constatado o desequilíbrio econômico-financeiro-atuarial da contratação nos termos da cláusula anterior, a formula a ser utilizada pelas partes contratantes para a definição do percentual necessário de reajuste para o reequilíbrio econômico-financeiro-atuarial da contratação é a seguinte:

**R (resultado) igual a S (sinistralidade apurada no período), dividido pela SM (meta de sinistralidade expressa em contrato menos 01, ou seja,  $R = (S/SM) - 1$ .**

6) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses contados de seu aniversário, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniárias em razão de mudança de faixa etária, conforme disposto em cláusula específica.

7) Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única, ressalvado caso de reajustamento em razão de avaliação de sinistralidade de trata o item acima.

8) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato, ressalvado aqueles decorrentes de variação de faixa<sup>27</sup>



etária.

### FAIXAS ETÁRIAS

1) As faixas etárias de que trata este Contrato são:

Idades.	% Reajuste	Valor
0 a 18 anos		R\$ 102,95
19 a 23 anos	17,01%	R\$ 120,47
24 a 28 anos	41,80%	R\$ 170,83
29 a 33 anos	17,94%	R\$ 201,49
34 a 38 anos	11,96%	R\$ 225,58
39 a 43 anos	07,78%	R\$ 243,11
44 a 48 anos	04,46%	R\$ 253,95
49 a 53 anos	53,51%	R\$ 389,86
54 a 58 anos	20,78%	R\$ 470,87
59 em diante	31,17%	R\$ 617,63

2) 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 automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada beneficiário, conforme os percentuais constantes acima.

3) A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima, que incidirão sobre o preço pago pelo beneficiário e não se confundem com o reajustamento pela variação de custos bem como aquele anual decorrente de aniversário de contrato.

4) Observar-se-á que 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 a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

5) A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas em razão de alteração de faixa etária do beneficiário, não poderá atingir aquele beneficiário com idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos de idade, que participa de plano há mais de 10 (dez) anos de forma sucessiva e ininterrupta na mesma operadora, ou há mais de 10 (dez) anos cumulativamente, em 02 (dois) ou mais planos, quando sucessivos e ininterruptos, na mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

6) A variação do preço da contraprestação em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

### BÔNUS E DESCONTOS

- 1) O presente contrato não oferece bônus ou descontos.

### REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

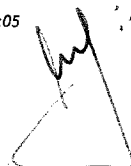
- 1) Ocorrendo a desvinculação do beneficiário titular junto da CONTRATANTE, este e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

### CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 1) É de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários titulares ou dependentes vinculados a este contrato.
- 2) A UNIMED DE BAURU somente poderá excluir ou suspender o beneficiário titular ou dependente sem a anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses.
  - a) Fraude, omissiva ou comissiva, em caso do fraudador ser beneficiário titular, deverão ser excluídos todos os dependentes a ele ligados no plano.
  - b) Em razão de perda dos vínculos de titularidade ou dependência.
- 3) O beneficiário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se o CONTRATANTE a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à UNIMED DE BAURU.
- 4) O beneficiário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a CONTRATANTE, nas hipóteses previstas em lei ou caso não fizer observar as condições do tema "regras para instrumentos jurídicos para planos coletivos".
- 5) As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE a UNIMED DE BAURU, por escrito ou meio magnético, até o dia 17 (dezessete) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.
- 6) Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação devida pelo beneficiário à CONTRATANTE, esta poderá, caso não ocorra o adimplemento integral de tal débito no prazo de 15 (quinze) dias contados de seu vencimento, requerer a exclusão do beneficiário titular e de seus eventuais dependentes a ele vinculados junto da UNIMED DE BAURU.

### RESCISÃO/SUSPENSÃO

- 1) O não pagamento da fatura mensal pela CONTRATANTE, integral ou 29



parcial, por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão ou suspensão do presente contrato a critério da UNIMED DE BAURU.

2) Este contrato ainda poderá ser rescindido a qualquer momento, quando:

a) Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades.

b) Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE seja ela omissiva ou comissiva.

3) A CONTRATANTE será comunicada da rescisão do presente mediante simples notificação extrajudicial.

4) Caso a UNIMED DE BAURU opte pela suspensão do presente contrato, esta poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso do pagamento vencido independentemente de notificação, o que desde já se declara ciente a CONTRATANTE.

5) Eventual suspensão dos serviços oferecidos pelo presente não afasta o direito da UNIMED DE BAURU em proceder a rescisão deste contrato.

6) No caso de rescisão do presente em razão do não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, de despesas tidas pela UNIMED DE BAURU decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.

7) O presente contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, mediante prévia notificação da parte denunciante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8) Caso a CONTRATANTE rescinda o presente contrato imotivadamente antes de decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, a CONTRATANTE se obriga a pagar a UNIMED DE BAURU, a título de multa, o valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades vincendas até que se complete o prazo de vigência de 12 (doze) meses, utilizando-se como base de cálculo a média ponderada do valor pago a título de mensalidade dos meses cumpridos de contrato no período de vigência.

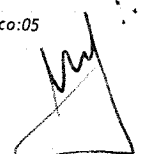
### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

1) Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o beneficiário com vínculo junto da CONTRATANTE e seus dependentes, serão denominados "beneficiário", quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

2) Em caso de incremento de procedimentos não previstos no Rol de 30

Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento, posteriores a assinatura deste instrumento, poderá haver reavaliação e reajuste por revisão técnica dos valores ora estipulados, respeitada o período de 12 (doze) meses para reajuste contados da assinatura do presente (data base).

- 3) As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54 parágrafo 3º do CDC, que a responsabilidade da UNIMED DE BAURU limita-se à relação de serviços enumerados no item "Cobertura e Procedimentos Garantidos", considerando-se as cláusulas deste contrato, bem como esse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS são taxativos para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, internações, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste contrato, na lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde promulgado especificamente através de Resolução Normativa da ANS vigente à época do evento não tem cobertura neste contrato.
- 4) O CONTRATANTE obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos beneficiários, bem como inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente até o dia 17 (dezessete) de cada mês, nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de beneficiários - SIB editados pela ANS.
- 5) O CONTRATANTE declara pelo presente ter conhecimento de que a UNIMED DE BAURU é uma pessoa jurídica distinta de qualquer outra Cooperativa UNIMED, possuindo a UNIMED DE BAURU Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas - CNPJ próprio e distinto de qualquer outra Cooperativa médica UNIMED, sendo composta por diretoria e estatuto próprios.
- 6) A utilização dos serviços em desconformidade com as regras pactuadas neste instrumento será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, que deverá arcar com todo o ônus dela decorrente, inclusive eventual utilização realizada por beneficiário excluído, bem como em caso de utilização indevida por má-fé de qualquer beneficiário dos serviços ora contratados, tais despesas decorrentes desta utilização serão de responsabilidade da CONTRATANTE, utilizando-se por base para a cobrança à tabela de preços praticada pela UNIMED DE BAURU.
- 7) Compromete-se a UNIMED DE BAURU a manter preservados os dados sigilosos bem como as informações assistenciais dos beneficiários inscritos neste contrato, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação relativa ao sigilo médico.
- 8) A CONTRATANTE declara ter recebido neste ato cópia do presente contrato, lido e achado conforme.
- 9) O(s) representante(s) legal(is) do CONTRATANTE firmatários do presente contrato declaram sob as penas da lei terem poderes para fazê-lo para que31

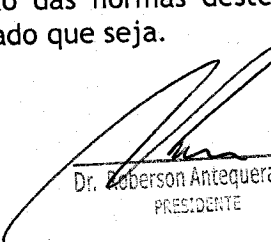


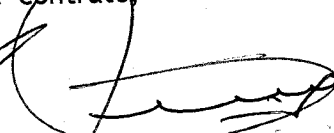
o presente instrumento produza seus efeitos legais.

**FORO DE ELEIÇÃO**

1) Fica eleito o Foro da sede do CONTRATANTE para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

Data: Bauru, 25 de Abril de 2017  
VIGENCIA DO CONTRATO DE ORIGEM: 08/12/2010.

  
Dr. Roberson Antequera Meron  
PRESIDENTE

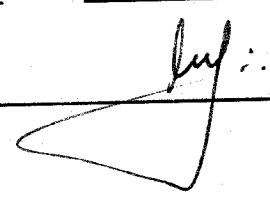
  
Dr. Marcus Vinicius Marques  
DIRETOR ADMINISTRATIVO

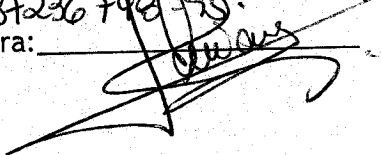
Contratada: UNIMED DE BAURU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
CNPJ: 44.456.036/0001-50

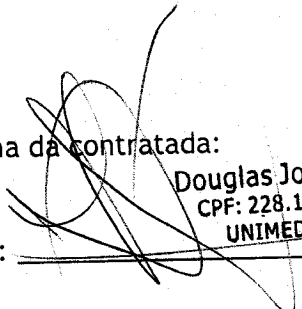
Contratante: ASSOCIAÇÃO DOS ENGENHEIROS ARQUITETOS E AGRON. DE BAURU

Nome do representante legal: Luiz Bonifácio Filho

RG: 5.188.556 CPF: 798.694.838-87

Assinatura do representante legal: 

Testemunha da contratante:  
Nome: Ruiziane Regis Assunção  
CPF: 137236748995  
Assinatura: 

Testemunha da contratada:  
Nome: Douglas José Pereira  
CPF: 228.162.648-23  
Assinatura:   
UNIMED BAURU