

CARACTERÍSTICAS GERAIS

I – Qualificação da operadora

Razão Social: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Nome Fantasia: UNIMED LONDRINA

Inscrição no CNPJ/MF: 75.222.224/0001-47

Registro da Operadora na ANS: 343269

Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Senador Souza Naves, 1333 - Jardim Ipiranga - Londrina-PR, cep: 86010-160

II – Qualificação do contratante:

Razão Social:

Nome Fantasia:

Inscrição no CNPJ/MF:

Endereço:

III – Nome comercial do produto: PARTICIPATIVO 50% NACIONAL BÁSICO - COLETIVO POR ADESÃO

IV – Número de registro do plano na ANS: 441.829/03-8

V – Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

VI – Segmentação assistencial do plano de Saúde: Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

VII - Área geográfica de abrangência do plano de saúde: Nos termos da legislação vigente, a área geográfica de abrangência deste contrato é qualificada como Nacional.

VIII – Área de atuação do plano de saúde: A área de atuação da Unimed de Londrina compreende as localidades de Londrina, Alvorada do Sul, Arapongas, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Colorado, Florestópolis, Guarací, Ibiporã, Itaguajé, Jataizinho, Jaguapitã, Lupionópolis, Miraselva, Nossa Senhora das Graças, Pitangueiras, Porecatú, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sabáudia, Santa Inês, Santo Inácio, Sertanópolis e Tamarana, todas dentro do Estado do Paraná.

IX – Padrão de acomodação em internação: O tipo de acomodação hospitalar oferecido pelo plano é a Coletiva (Enfermaria).

XI – Formação do preço: A forma de pagamento será Pré Estabelecida (pré-pagamento).

CLÁUSULA 1 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a cobertura continuada de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições que seguem, com cobertura de todas as doenças da previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados com a Saúde, **constantes e restritos ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.**

1.2 É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, o Relatório de Entrevista Qualificada feita pelo usuário, a Ficha de Análise Pericial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, relação de prestadores e relação de hospitais não abrangidos por este Plano.

1.3 Trata-se de Contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil, estando também sujeito as às disposições da Lei dos Planos de Saúde e, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a sua condição de vinculação com a empresa, responsabilizando-se pela indicação de dependência e informando se há previsão dos beneficiários contribuírem de alguma forma para o custeio das coberturas deste contrato.

2.2 São considerados beneficiários a população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I. conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;**
- II. sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;**
- III. associações profissionais legalmente constituídas;**
- IV. cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;**
- V. caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;**
- VI. entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e**

VII. outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras – DIOPE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.3 Poderão ser considerados beneficiários dependentes, desde que o beneficiário titular permaneça no plano:

- I. **Cônjuge;**
- II. **Filhos, enquanto solteiros e dependentes econômicos, comprovadamente;**
- III. **o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;**
- IV. **a companheira ou o companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.**

2.4 A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA as inclusões e exclusões de beneficiários no Plano estabelecido neste contrato, por escrito e na data pactuada no momento da contratação. Estas inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

2.5 Ao filho adotivo de um beneficiário, será garantida a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento.**

2.6 Em caso de inscrição de filho(s) adotivo (s) menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante

2.7 A isenção de carência quando da inclusão de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, durante a vigência do contrato, **obedecerá ao mesmo prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da adoção, salvo quando o beneficiário adotante estiver em período de carência.**

2.8 **A inclusão de filhos naturais ou adotivos, mesmo os nascidos na vigência deste contrato, e do cônjuge, fora dos prazos mencionados nos parágrafos anteriores, estará subordinada ao cumprimento integral, a partir da inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos e nas cláusulas adicionais eventualmente contratadas.**

2.9 É assegurada a inscrição de novos beneficiários que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com a CONTRATANTE com os mesmos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária estabelecidos neste contrato.

2.10 Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato os beneficiários que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com a CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes que, na data da assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica;

2.11 Ficará a critério da OPERADORA a realização de Exame Pericial de Admissão nos beneficiários titulares ou dependentes.

2.12 O preenchimento do formulário de Entrevista Qualificada será realizado pelo beneficiário com médico do seu quadro de Cooperados da CONTRATADA, ou a realização de Exame Pericial Admissional e será estabelecido cobertura parcial temporária pelo prazo de 24 meses, conforme opção do CONTRATANTE, em caso de existência de Doenças ou lesões preexistentes.

2.13 O ônus pela realização da Entrevista Qualificada, quando realizada com médico de sua relação de prestadores será da CONTRATADA, bem como o do Exame Pericial Admissional.

2.14 A presença de doenças ou lesões preexistentes e a cobertura parcial temporária constarão da Ficha de Análise Pericial que será anexada a este contrato.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegura, aos beneficiários regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial e internamento hospitalar, **LIMITADOS ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede de prestadores, observado os serviços não cobertos e as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.**

3.2 É garantido ainda o atendimento nos casos de planejamento familiar, assim entendidos:

- I. Consulta de aconselhamento para planejamento familiar;
- II. Atividade educacional para planejamento familiar;
- III. Sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA);
- IV. Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal - inclui o dispositivo.

3.3 É assegurada a participação de Médico Anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, desde que haja indicação clínica.

3.4 Cobertura Ambulatorial

- I. Cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas de pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, fisioterapias (que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos, constantes do **Rol de Procedimentos da ANS** e solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação, entendido como período superior a 12 horas de permanência hospitalar.**
- III. Cobertura para hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- IV. Cobertura para hemodinâmica ambulatorial.
- V. Cobertura para quimioterapia oncológica ambulatorial.
- VI. Cobertura para radioterapia ambulatorial– (Megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia).
- VII. Cobertura para hemoterapia ambulatorial.
- VIII. Cobertura para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- IX. Cobertura de psicoterapia **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde**, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.
- X. Cobertura 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.
- XI. Cobertura para psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, **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, não cumulativas.**
- XII. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, **de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente a época do evento, conforme indicação do médico assistente.**

3.5 Cobertura Hospitalar

- I. A CONTRATADA assegura aos beneficiários regularmente inscritos, o internamento hospitalar, conforme **cobertura constante do Rol de Procedimentos da ANS, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação**

Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede de prestadores, observado os serviços não cobertos, as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.

- II. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.
- III. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente.
- IV. Exames complementares necessários para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação.
- V. Honorários médicos através de médicos cooperados, serviços contratados e ou credenciados.
- VI. Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais materiais necessários.
- VII. Taxas hospitalares e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.
- VIII. Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem indispensáveis ao tratamento.
- IX. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do beneficiário **menor de 18 (dezoito) anos ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais**, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar.**
- X. Despesas com remoção do beneficiário entre hospitais, quando **comprovadamente necessária ao atendimento coberto, respeitada a área de abrangência da CONTRATADA.**
- XI. Quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquioterapia, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização.
- XII. Nutrição parenteral e enteral, como complemento de tratamento realizado em regime de internação.
- XIII. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, mesmo quando realizados ambulatorialmente.
- XIV. Embolizações e radiologia intervencionista, mesmo quando realizadas ambulatorialmente.

- XV. Exames pré-anestésicos.
- XVI. Hemodiálise e diálise peritoneal, bem como acompanhamento imediato e tardio de pacientes transplantados de córnea e de rins, bem como de pacientes que receberam transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
- XVII. Fisioterapia durante a internação e após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização.
- XVIII. Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial **que necessite de ambiente hospitalar**, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados e o fornecimento de e medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados no período de internação.
- XIX. Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico **necessitem de internação hospitalar**, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados e o fornecimento de e medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados no período de internação.
- XX. 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.
- XXI. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**.
- XXII. Cobertura de estrutura hospitalar necessária ao Tratamento de Doenças Profissionais e das lesões relacionadas ao Acidente de Trabalho e suas consequências.
- XXIII. O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, **por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não**, 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, **sem direito a acompanhante**.

3.6 Internação Psiquiátrica

- I. O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, **por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não**, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, **para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sem direito a acompanhante**.

- II. O custeio parcial, do 31º (trigésimo primeiro) até o 60º (sexagésimo) dia (inclusive) de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.
- III. O custeio parcial, a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 70% (setenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- IV. A cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

3.7 Cobertura para Transplantes

- I. Cobertura para transplantes de córnea e rins, bem como despesas com doadores vivos e acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, **excetuando-se os medicamentos de manutenção e observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.**
- II. Cobertura para os transplantes autólogos listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.**
- III. Cobertura para os transplantes alogênicos de Medula óssea, listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.**

CLÁUSULA 4 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Os itens relacionados abaixo não fazem parte da cobertura contratada, portanto não serão custeados pela CONTRATANTE:

- I. Qualquer procedimento que não conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

- II. **Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;**
- III. **Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- IV. **Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos e tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com a mesma finalidade estética ou cosmética;**
- V. **Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para saúde importados não nacionalizados;**
- VI. **Fornecimento de Medicamentos de uso domiciliar;**
- VII. **Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;**
- VIII. **Tratamentos em clinica de emagrecimento, clinicas de repouso, estâncias hidrominerais, clinica para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- IX. **Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;**
- X. **Transplantes, exceto os de rins, córneas, os autólogos e os alogênicos de Medula óssea, listados no Rol de Procedimentos da ANS.**
- XI. **Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante, de viagem ou outras que excedam o limite e condições do Plano contratado;**
- XII. **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;**
- XIII. **Procedimentos relacionados à Medicina Ocupacional, conforme consta na Resolução Normativa RN nº 7 do Ministério do Trabalho, que determina ser o empregador responsável pela manutenção de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional na empresa, bem como da realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao**

trabalho, de mudança de função e demissionais, do titular e seus dependentes

- XIV. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- XV. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
- XVI. Os honorários médicos do médico assistente não cooperado ou credenciado pela CONTRATANTE, quando em atendimento eletivo;
- XVII. Parto a termo.

CLÁUSULA 5 – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente contrato tem vigência mínima de 12 (doze) meses, a iniciar pela data da assinatura do presente. Após este prazo, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado.

CLÁUSULA 6 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Estarão sujeitos ao cumprimento das carências abaixo explicitadas os beneficiários e respectivos dependentes que:

- I. A inscrição no plano ocorrer após trinta dias da celebração deste contrato;
- II. O beneficiário vincular-se a empresa contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão após trinta dias da data de aniversário do contrato.

6.2 Quando couber cumprimento de carências, estas serão contadas a partir da data de inclusão do beneficiário, desde que devidamente aceita pela CONTRATADA, sendo assim especificadas:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgências e emergências;
- II. 30 (Trinta) dias para Consultas e Exames de Medicina Laboratorial;
- III. 90 (noventa) dias para procedimentos de Reabilitação e Fisioterapia e os demais exames, exceto os relacionados no item IV;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos, sejam em regime de internamento ou em regime ambulatorial, bem como para Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética,

Radiologia Intervencionista, Angiografia, procedimentos de Hemodinâmica, Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Hemodiálise.

CLÁUSULA 7 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Doença e Lesão Pré-existente é aquela 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.

7.2 O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, a declaração de saúde, que é um formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

7.3 No caso de constatação de doenças e/ou lesões pré-existentes, será oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses para as doenças que comprovadamente sejam de conhecimento prévio do beneficiário.

7.4 A CPT – Cobertura Parcial Temporária implica na suspensão da cobertura pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos Cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.5 Caso seja comprovado o conhecimento prévio do beneficiário a respeito de doenças e/ou lesões pré-existentes e que não tenham sido informadas na declaração de saúde, a OPERADORA comunicará imediatamente ao consumidor e poderá oferecer as opções de CPT, ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

7.6 Até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato.

7.7 Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada

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

CLÁUSULA 8 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Define-se como **URGÊNCIA** o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

8.2 **EMERGÊNCIA** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato, será garantido o atendimento, para situações **decorrentes de acidentes pessoais**.

8.4 Após cumpridas as carências constantes da **CLÁUSULA 6**, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, **desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções**.

8.5 É garantido o atendimento aos casos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras doze horas ou até que ocorra a necessidade de internação**.

8.6 É garantido o atendimento, **limitado às primeiras doze horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.7 É garantido o atendimento, **limitado às primeiras doze horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação**.

8.8 Remoção inter-hospitalar

8.8.1 Nos casos comprovadamente necessários, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato.

8.9 Remoção para o SUS

8.9.1 Será garantida a remoção para o SUS:

- I. Após o atendimento de emergência (conforme item "Atendimentos na urgência e emergência"), quando o beneficiário em acordo de cobertura parcial temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

- II. Após o atendimento de emergência (conforme item "Atendimentos na urgência e emergência"), no caso de beneficiário que ainda está cumprindo carência para internação.
- III. Após o atendimento de emergência (conforme item "Atendimentos na urgência e emergência"), no caso de necessidade de assistência médica hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal procedimento.

8.10 Condições de Reembolso

8.10.1 A OPERADORA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário CONTRATANTE/TITULAR ou dependentes regularmente inscritos, com assistência à saúde, dentro do território Nacional, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for comprovada a impossibilidade de utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA.

8.10.2 O reembolso de que trata o parágrafo anterior será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Serviços da CONTRATADA, no caso dos Honorários Médicos e das Diárias e Taxas Hospitalares. No caso dos materiais e medicamentos de uso hospitalar, pelos preços praticados pela CONTRATADA, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- I. Relatório do médico assistente, declarando nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- II. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- III. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- IV. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.10.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.10.4 O CONTRATANTE/TITULAR perderá o direito ao reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento ou ao término do contrato, se ocorrer antes.

CLÁUSULA 9 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento.

9.2 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no **Rol de Procedimentos da ANS vigentes**, através de médicos cooperados, conforme guia médico pertencente ao plano adquirido, entregue no ato de sua inscrição. O GUIA MÉDICO, apresenta a relação (rede própria ou contratada) dos prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços. **As atualizações do guia médico estarão disponíveis ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento e na internet.**

9.3 As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da CONTRATADA.

9.4 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela CONTRATADA, através da rede própria ou contratada constante no Guia Médico, mediante solicitação do médico assistente.

9.5 Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

9.6 Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, dentro do prazo de dois dias úteis, deverá comunicar à CONTRATADA do serviço utilizado.

9.7 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

9.8 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida.

9.9 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação do médico assistente devidamente justificada.

9.10 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e no contrato.

9.11 Para os casos de transplantes de córnea, rins, transplantes autólogos e os alogênicos de Medula óssea, previstos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde, bem como as despesas decorrentes com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação e acompanhamento clínico imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção, observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, terão cobertura desde que o usuário esteja cadastrado em uma das centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, integrante do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.

9.12 A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do 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 nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

9.13 Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

9.14 A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- I. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;**
- II. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;**
- III. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato.**

9.15 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

9.16 Da coparticipação

9.16.1 Consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial diretamente à CONTRATADA após a realização do procedimento.

9.16.2 Haverá coparticipação no percentual de **50% (cinquenta por cento)** para todos os procedimentos da segmentação ambulatorial listados no **Rol de Procedimentos**, até o limite máximo de **R\$ 50,00**, com exceção das decorrentes com tratamentos de hemodiálise e/ou diálise peritoneal, radioterapia, quimioterapia e cirurgias ambulatoriais, que terão cobertura integral.

9.16.3 Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas, no caso de coparticipação, serão calculados sobre a tabela de honorários médicos da CONTRATADA (vigente à época do evento), a Tabela Hospitalar da CONTRATADA (vigente à época do evento) e os materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados pelo mercado (vigente à época do evento).

9.16.4 A coparticipação nos casos de internação se dará no percentual de **30% (trinta por cento)**, calculados sobre as despesas decorrentes de Internamentos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, **sem direito a acompanhante, que ultrapassarem os limites de cobertura integral, até o limite de 60 dias inclusive, quando então a participação naquelas despesas passará a ser de 70%, (setenta por cento).**

CLÁUSULA 10 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 Da Formação de Preço

10.1.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores:

- I. Relacionados na proposta de adesão para efeito de inscrição, mensalidade;
- II. **Acrescidos da coparticipação de 50% para todos os procedimentos da segmentação ambulatorial listados no Rol de Procedimentos, até o limite máximo de R\$ 50,00 por procedimento, sendo certo que o limite estabelecido poderá sofrer acréscimo conforme índices estabelecidos pela ANS para reajuste das mensalidades;**
- III. **Acrescidos da coparticipação no percentual de 30%, (trinta por cento) calculados sobre as despesas decorrentes de Internamentos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, que**

ultrapassarem os limites de cobertura integral, até o limite de 60 dias inclusive, quando então a participação naquelas despesas passará a ser de 70% (setenta por cento).

10.1.2 O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário, conforme percentuais constantes da Cláusula 12, Item 12.1 deste Contrato.

10.2 Do Pagamento das Mensalidades e Demais Valores Relacionados

10.2.1 As mensalidades e demais valores relacionados, serão pagas por aviso bancário, sempre até o vencimento assinalado e no local indicado.

10.2.2 Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.2.3 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas definidas neste contrato, implica em dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já reconhecido como dívida líquida e certa do CONTRATANTE, sendo passível de execução forçada.

10.2.4 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a cinco dias consecutivos, implicará na suspensão total dos atendimentos, até a efetiva liquidação do débito.

10.2.5 Se houver atraso no pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência, será rescindido este contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias e sem o prejuízo da CONTRATADA denunciar o contrato.

10.2.6 Se houver inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica CONTRATANTE este fato será por esta (CONTRATANTE) tratado em regime interno, não a desobrigando de cumprir as obrigações assumidas. Conste que a CONTRATANTE declara conhecer, e cabendo-lhe cumprir, que a rescisão unilateral por falta de pagamento somente ocorrerá quando constatada a falta de pagamento por 60 dias consecutivos ou alternados nos últimos 12 meses de vigência do contrato, e desde que o beneficiário

inadimplente seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

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

10.2.8 No caso de opção por acomodação de internamento superior à contratada, o beneficiário deverá arcar com a total diferença de preço e a complementação total dos honorários médicos, conforme negociação direta com os médicos assistentes e o serviço hospitalar.

10.2.9 Em casos de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho do beneficiário sem justa causa ou no caso de aposentadoria, nos termos do artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98, no qual o beneficiário permaneça no plano, a cobrança dos serviços e mensalidades será realizada diretamente ao beneficiário.

CLÁUSULA 11 – REAJUSTE

11.1.1 Este contrato integrará o agrupamento de contratos quando o número de beneficiários for **inferior a 30**, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa n° 309, da ANS, de 24 de outubro de 2012, e suas atualizações.

11.1.2 A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato pertencerá ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

11.1.3 Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

11.1.4 Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 11.2.

11.1.5 Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 11.3.

11.1.6 Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico desta operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

11.2 O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

11.2.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, **levando-se em consideração a universalidade dos contratos que fazem parte do agrupamento**. Assim, qualquer alteração destes itens ensejará novos valores.

11.2.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em cálculo atuarial que, além dos fatores enumerados no parágrafo anterior, poderá ser revisto se houver:

- I. Utilização comprovada acima da média normal;
- II. Acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; ou
- III. Aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.

11.2.3 Ressalva-se que a variação do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária, poderá ocorrer no mesmo exercício em que houver o reajuste do plano pelo percentual alcançado no parágrafo anterior.

11.2.4 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata.

11.2.5 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento nos termos dos parágrafos anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do IGPM (Índice de preços do Mercado), segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

11.2.6 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se como data base única.

11.2.7 Tais reajustes, assim que aplicados, serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **65% (Sm)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de **Março e Fevereiro**.

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.2.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.3 O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

11.3.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração destes itens ensejará novos valores.

11.3.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em cálculo atuarial que, além dos fatores enumerados no parágrafo anterior, poderá ser revisto se houver:

- I. Utilização comprovada acima da média normal;
- II. Acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; ou
- III. Aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.

11.3.3 Ressalva-se que a variação do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária, poderá ocorrer no mesmo exercício em que houver o reajuste do plano pelo percentual alcançado no parágrafo anterior.

11.3.4 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata.

11.3.5 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento nos termos dos parágrafos anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do IGPM (Índice de preços do Mercado), segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

11.3.6 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se como data base única.

11.3.7 Tais reajustes, assim que aplicados, serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

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

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

11.8 Disposições transitórias

11.8.1 Excepcionalmente para o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário deste contrato no período entre maio de 2013 e abril de 2014, a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada no mês de janeiro de 2013, não se aplicando as cláusulas 11.1.2, 11.1.4 e 11.1.5 descritas acima.

Parágrafo Único: Nos reajustes posteriores a data acima mencionada, aplicar-se-ão, quando cabível, as regras contidas neste instrumento.

CLÁUSULA 12 – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 O CONTRATANTE/TITULAR reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário, conforme os percentuais abaixo:

I. Ao completar 19 (dezenove) anos de idade	34,80%
II. Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade	28,73%
III. Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade	4,15%
IV. Ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade	7,57%
V. Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade	5,34%
VI. Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade	20,17%
VII. Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade	20,44%
VIII. Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade	19,10%
IX. Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade	40,23%

12.2 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

12.3 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA 13 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 Será automaticamente excluído do contrato, através de imediata comunicação escrita da CONTRATANTE, comprovadamente entregue à CONTRATADA, o beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.

13.2 A pedido da Empresa Contratante e desde que justificadamente poderá ser suspenso o atendimento ao beneficiário indicado pela empresa.

13.3 A exclusão do beneficiário cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como agregados se houver.

13.4 Os filhos que perderem a condição de dependência, poderão assinar novo contrato em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de comercialização vigentes na data da nova aquisição.

13.5 A CONTRATADA poderá suspender ou excluir a assistência à saúde dos beneficiários sem anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- I. Fraude;
- II. Perda do vínculo do beneficiário/titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE ou da condição de dependência ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA 14 – RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 Será considerado suspenso este contrato, se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a cinco dias consecutivos, até a efetiva liquidação do débito.

14.2 Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias;

14.3 Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- I. Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- II. Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

14.4 A critério da CONTRATADA, em substituição a rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo beneficiário funcionário a que ele estiver vinculado.

14.5 Antes do término deste contrato, é facultado a qualquer das partes a sua denúncia, mediante comunicação escrita, com antecedência de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

14.6 O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado, poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

14.7 Durante este prazo de sessenta dias, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

14.8 A falta de comunicação, apresentada nos parágrafos acima, implica na subsistência das obrigações assumidas.

14.9 A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento, e/ou em virtude de decisão judicial, ser obrigada a custear procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

CLÁUSULA 15 – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas deste contrato, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA os custos dos serviços utilizados.

15.2 A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento;

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

15.4 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

15.5 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e será objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber;

15.6 Integram este contrato, para todos os fins de direito, as Cláusulas Adicionais, a Proposta de Adesão, os Relatórios de Entrevistas Qualificadas, Manual para Contratação de Planos, Guia de Leitura Contratual e Fichas de Análises Periciais, caso tenham sido requeridas, bem como demais anexos aceitos pelo CONTRATANTE.

15.7 Do Cartão Individual de Identificação

15.7.1 A CONTRATADA fornecerá aos usuários o cartão individual de identificação.

15.7.2 Na hipótese de utilização do cartão de identificação, por terceiros, que não sejam o TITULAR ou DEPENDENTES regularmente inscritos neste contrato, o CONTRATANTE responderá por despesas que possam acontecer em face de utilização indevida do cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada por meio de fatura simples.

15.7.3 Ocorrendo o extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação, o CONTRATANTE deve comunicar, por escrito o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do cartão.

15.7.4 A emissão de segunda via, ensejará pagamento de taxa, vigente à época, para cada cartão de identificação emitido.

15.7.5 Rescindido o contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todas os cartões de identificação emitidos em favor de seus beneficiários, ficando responsável por todos os atos e procedimentos que porventura venham a ocorrer até a efetiva entrega dos mesmos, inclusive de despesas que possam acontecer face a utilização do mencionado cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada através de fatura simples, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

CLÁUSULA 16 – ELEIÇÃO DE FORO

16.1 Fica eleito o Foro da cidade da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato.

Londrina, de de .

CONTRATANTE

CONTRATADA
Fabio Pozza
Superintendente de Desenvolvimento
e Mercado

TESTEMUNHA

UNIMED LONDRINA
Ricardo Häussler
Gestor de Vendas