

PLANO

Executivo Mais 50**Unimed**
Gerais de Minas**PROPOSTA DE ADMISSÃO
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL COM PATROCÍNIO**

Os Produtos que fazem parte do presente Contrato estão de acordo com a Lei nº. 9.656/98 e demais atos normativos que regulamentam os planos de assistência à saúde.

CONTRATADA:

Razão Social UNIMED CURVELO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA		
Nome de Fantasia UNIMED GERAIS DE MINAS	CNPJ 26.189.530/0001-13	Registro na ANS 33010-8
Endereço Rua Joaquim Felício, 116	Bairro Centro	Cidade Curvelo
CEP 35790-000	Telefone (38) 3729 - 7200	E-mail unimed@unimedgm.coop.br
UF MG		

CONTRATANTE:

Razão Social MUNICÍPIO DE FELIXLÂNDIA		0171 2171	
CNPJ 17.695.032/0001-51	Insc. Estadual ISENTA		
Endereço RUA MENINO DEUS N 86	Bairro CENTRO	Cidade FELIXLÂNDIA	
UF MG	CEP 39.237-000	Telefone (38) 3753-1131	E-mail procuradoriaconvenios@felixlandia.mg.gov.br

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Executivo Mais	Segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Acomodação Apartamento	Registro ANS 436.624/01-7
------------------------	---	---------------------------	------------------------------

PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Faixa Etária	Executivo Mais Apt	
	Valor	Varição %
I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;	117,77	0,00%
II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	138,96	17,99%
III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	159,82	15,01%
IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e tre) anos;	180,60	13,00%
V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	207,67	14,99%
VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	238,84	15,01%
VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	289,00	21,00%
VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	352,60	22,01%
IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	475,98	34,99%
X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	704,42	47,99%

Taxa de Inscrição: Será cobrada taxa de R\$ 10,00 por pessoa.

Vencimento das Mensalidades: dia 12



O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do beneficiário TITULAR e DEPENDENTE, quando ocorrer mudança de faixa etária dos mesmos, será aplicado reajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, especificadas acima.

Cleber Luiz Costa Lima
Superintendente-CRA/MG 29325
Unimed Gerais de Minas

Deiner de Moraes Grama
Superintendente-CRA/MG 01-047990/D
Unimed Gerais de Minas

Dra. Marília Adriane Leal Lima
Procuradora de Justiça

Unimed Gerais de Minas

CARÊNCIAS (exceto para o regime de contratação coletiva empresarial com 30 beneficiários ou mais)

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência/emergência nos termos da Lei;
- 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia básica;
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- 90 (noventa) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia especial;
- 90 (noventa) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- 180 (cento e oitenta) dias para internação;
- 300 (trezentos) dias para parto;
- 720 (setecentos e vinte) dias para cobertura parcial temporária.

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE EMPRESAS BENEFICIÁRIAS

As inclusões ou exclusões de Beneficiários, bem como as alterações no cadastro dos clientes já vinculados ao plano, serão solicitadas através da Ficha de Cadastro de Beneficiários em Contrato Coletivo Empresarial, e encaminhada à CONTRATADA conforme calendário de movimentação fornecido semestralmente.

PARTICIPAÇÃO

A coparticipação será cobrada em valor fixo, conforme especificado em contrato, por procedimento no seguinte formato:

Consulta Eletiva: R\$ 37,50

Consulta Pronto Atendimento: R\$ 46,50

Exames/Terapias: 50% (limitado a R\$ 40)

Exames/Terapias Especiais: 50% (limitado a R\$ 120,00)

Procedimento/ Cirurgia Ambulatorial: 50% (limitado a R\$ 120,00)

Tratamento Oncológico: 10%

Co-part. Internação Local: R\$ 270,00

Co-part. Intercâmbio: R\$ 405,00

Todos os valores aqui determinados sofrerão reajustes na data de aniversário (renovação) do contrato, contemplando o índice financeiro determinado nas cláusulas contratuais.

* Considerado custo, conforme tabela Unimed.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Nas internações psiquiátricas a coparticipação será de 50% do valor contratualizado com o prestador, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

REAJUSTE

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada ao instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão, vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários. Deste modo, para aquelas Contratantes com menos de 30 vidas terão um mesmo índice de reajuste, entrando para o agrupamento. Todavia, para aquelas empresas com mais de 30 vidas, o reajuste levará em consideração apenas as suas despesas e receitas. De qualquer forma, vale destacar, que em ambos, o valor das mensalidades, implantação e coparticipações serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da UNIMED.

DA VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a partir da data de vigência.

ASSINATURA DO CONTRATANTE

Declaramos para os devidos fins, que estamos de acordo com todas as condições contratuais e nos comprometemos a informar os beneficiários inscritos quais os serviços contratados, de acordo com o Plano de cada um, os requisitos e condições de utilização, bem como eventuais alterações contratuais.

E por estar de pleno acordo, assino esta Proposta de Admissão.

Local: CURVILHO

Data: 01/04/18

Assinatura do CONTRATANTE/Carimbo

Contrato liberado em

Deiner de Moraes Grati
Superintendente-CRA/01-047996.10
Unimed Gerais
Vigência a partir de

01/04/2018

Cleber Luiz Costa Lima
Superintendente-CRA/MG 29325
Unimed Gerais de Minas

Versão - 1/17



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

PLANO

Executivo Mais 50**Unimed** 
Gerais de Minas**PROPOSTA DE ADMISSÃO
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL COM PATROCÍNIO**

Os Produtos que fazem parte do presente Contrato estão de acordo com a Lei nº. 9.656/98 e demais atos normativos que regulamentam os planos de assistência à saúde.

CONTRATADA:

Razão Social UNIMED CURVELO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA		
Nome de Fantasia UNIMED GERAIS DE MINAS	CNPJ 26.189.530/0001-13	Registro na ANS 33010-8
Endereço Rua Joaquim Felício, 116	Bairro Centro	Cidade Curvelo
CEP 35790-000	Telefone (38) 3729 - 7200	UF MG
E-mail unimed@unimedgm.coop.br		

CONTRATANTE:

Razão Social CÂMARA DE FELIXLÂNDIA		0171 2172
CNPJ 20.57.216/0001-78	Insc. Estadual ISENTA	
Endereço PRAÇA PADRE FELIX, N 65	Bairro CENTRO	Cidade FELIXLÂNDIA
UF MG	CEP 39.237-000	Telefone (38) 3753-1131
E-mail procuradoriaconvenios@felixlandia.mg.gov.br		

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Executivo Mais	Segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Acomodação Apartamento	Registro ANS 436.624/01-7
------------------------	---	---------------------------	------------------------------

PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

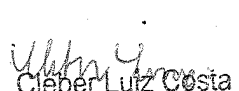
Faixa Etária	Executivo Mais Apt	
	Valor	Variação %
I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;	117,77	0,00%
II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	138,96	17,99%
III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	159,82	15,01%
IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e tre) anos;	180,60	13,00%
V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	207,67	14,99%
VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	238,84	15,01%
VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	289,00	21,00%
VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	352,60	22,01%
IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	475,98	34,99%
X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	704,42	47,99%

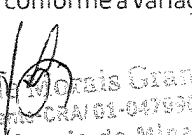
Taxa de inscrição: Será cobrada taxa de R\$ 10,00 por pessoa.

Vencimento das Mensalidades: dia 12



O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do beneficiário TITULAR e DEPENDENTE, quando ocorrer mudança de faixa etária dos mesmos, será aplicado reajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, especificadas acima.


Cleber Luiz Costa Lima
Superintendente-CRAMG 29325
Unimed Gerais de Minas


Deiner de Moraes Granja
Superintendente-CRA/01-047690/0
Unimed Gerais de Minas

Unimed Gerais de Minas

CARÊNCIAS (exceto para o regime de contratação coletiva empresarial com 30 beneficiários ou mais)

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência/emergência nos termos da Lei;
- 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia básica;
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- 90 (noventa) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia especial;
- 90 (noventa) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- 180 (cento e oitenta) dias para internação;
- 300 (trezentos) dias para parto;
- 720 (setecentos e vinte) dias para cobertura parcial temporária.

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE EMPRESAS BENEFICIÁRIAS

As inclusões ou exclusões de Beneficiários, bem como as alterações no cadastro dos clientes já vinculados ao plano, serão solicitadas através da Ficha de Cadastro de Beneficiários em Contrato Coletivo Empresarial, e encaminhada à CONTRATADA conforme calendário de movimentação fornecido semestralmente.

PARTICIPAÇÃO

A coparticipação será cobrada em valor fixo, conforme especificado em contrato, por procedimento no seguinte formato:

Consulta Eletiva: R\$ 37,50

Consulta Pronto Atendimento: R\$ 46,50

Exames/Terapias: 50% (limitado a R\$ 40)

Exames/Terapias Especiais: 50% (limitado a R\$ 120,00)

Procedimento/ Cirurgia Ambulatorial: 50% (limitado a R\$ 120,00)

Tratamento Oncológico: 10%

Co-part. Internação Local: R\$ 270,00

Co-part. Intercâmbio: R\$ 405,00

Todos os valores aqui determinados sofrerão reajustes na data de aniversário (renovação) do contrato, contemplando o índice financeiro determinado nas cláusulas contratuais.

* Considerado custo, conforme tabela Unimed.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Nas internações psiquiátricas a coparticipação será de 50% do valor contratualizado com o prestador, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

REAJUSTE

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada ao instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão, vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários. Deste modo, para aquelas Contratantes com menos de 30 vidas terão um mesmo índice de reajuste, entrando para o agrupamento. Todavia, para aquelas empresas com mais de 30 vidas, o reajuste levará em consideração apenas as suas despesas e receitas. De qualquer forma, vale destacar, que em ambos, o valor das mensalidades, implantação e coparticipações serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da UNIMED.

DA VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a partir da data de vigência.

ASSINATURA DO CONTRATANTE

Declaramos para os devidos fins, que estamos de acordo com todas as condições contratuais e nos comprometemos a informar os beneficiários inscritos quais os serviços contratados, de acordo com o Plano de cada um, os requisitos e condições de utilização, bem como eventuais alterações contratuais.

E por estar de pleno acordo, assino esta Proposta de Admissão.

Local: CURVELO

Data: 01/04/18

Assinatura do CONTRATANTE/Carimbo

Contrato liberado em

Deiner de Moraes Grama
Superintendente-CRA/01-047990/D
Unimed Gerais de Minas

Vigência a partir de

01/04/2018

Cleber Luiz Costa Lima

Superintendente-CRA/MG 29325

Unimed Gerais de Minas

Versão - 1/17



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

UNIMED CURVELO – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.

EXECUTIVO MAIS

Coletivo Empresarial

Registro do Produto na ANS: 436.624/017

Contrato Particular de Prestação de Serviço de Plano Privado de Assistência à Saúde com Patrocínio

Vínculo do Beneficiário: Vínculo empregatício ativo e inativo

Contrato N.: _____

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL CO-PARTICIPATIVO:

PLANO AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

QUARTO PRIVATIVO PADRÃO "APARTAMENTO"

Contrato de Prestação de Serviços de oferta de plano privado de assistência à saúde que celebram entre si, de um lado como, **CONTRATANTE:**

1º CONTRATANTE			
Razão Social: MUNICIPIO DE FELIXLÂNDIA		171 2121	
Nome Fantasia: Prefeitura Municipal de Felixlândia			
CNPJ: 17.695.032/0001-51		Inscrição Estadual: isenta	
Endereço Completo: Rua Menino de Deus		Número: 86	Complemento: - - -
Bairro: Centro	Cidade: Felixlândia	UF: MG	CEP: 39.237-000
Responsável Legal: Dr. Vanderli de Carvalho Barbosa			
Telefone: (38) 3753.1131			

2º CONTRATANTE			
Razão Social: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA - IPREMFE		171 2173	
Nome Fantasia: IPREMFE			
CNPJ: 05.048.696/0001-40		Inscrição Estadual: isenta	
Endereço Completo: Rua Menino de Deus		Número: 86	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Felixlândia	UF: MG	CEP: 39.237-000
Telefone: (38) 3753.1131			

3º CONTRATANTE			
Razão Social: FELIXLÂNDIA CÂMARA MUNICIPAL		171 2172	
Nome Fantasia: CAMARA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA			
CNPJ: 20.574.216/0001-78		Inscrição Estadual: isenta	
Endereço Completo: Praça Padre Felix		Número: 65	Complemento: - - -
Bairro: Centro	Cidade: Felixlândia	UF: MG	CEP: 35794-000
Telefone: (38) 3753.1131			

e de outro, como **CONTRATADA: UNIMED CURVELO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz
Roberto Rodrigues

WANDERLI DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

sob o nº 33010-8 e classificada como Cooperativa Médica, inscrita no CNPJ 26.189.530/0001-13, com sede na Rua Joaquim Felício, nº 116, Centro em Curvelo - Minas Gerais, CEP 35.790-000, representada por seus Superintendentes, nos termos da Procuração Pública lavrada pelo Cartório de 2º Ofício de Notas, Livro 109, Folha 060.

ESTE CONTRATO É ACOMPANHADO PELO GUIA MÉDICO DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DA UNIMED GERAIS DE MINAS

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

Área Estadual de Abrangência: ESTADUAL/MINAS GERAIS

Área de Atuação do Plano de Saúde: Municípios de Abaeté, Corinto, Curvelo, Diamantina, Gouveia, Itamarandiba, Pirapora, Pompéu, Serro, Três Marias, Turmalina, e Várzea da Palma no estado de Minas Gerais.

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Este plano é denominado comercialmente de Executivo Mais Empresarial Apartamento com Patrocínio e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. **436.624/01-7**.

TÍTULO I - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 1ª - O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é privativa, padrão apartamento.

TÍTULO II - DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Cláusula 2ª - O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médica-hospitalar, de diagnóstico e terapia, conforme rol de procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Cláusula 3ª - A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, às coberturas contratadas.

Cláusula 4ª - É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão de mesmo número, bem como a Declaração de Saúde, Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GCL.

Cláusula 5ª - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência.

§1º - Considera-se como data do início a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

§2º - O início da vigência poderá ser negociado com a CONTRATANTE, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento a Unimed.

Cláusula 6ª - Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo Único: No caso dos empresários individuais este contrato somente poderá ser renovado, se anualmente, for comprovado que este permanece inscrito no órgão competente; que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal; bem como se os beneficiários a ele vinculados ainda possuem os requisitos de elegibilidade, sob pena do presente contrato ser rescindido, através de notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência.

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

SUPERINTENDENTE

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia"
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

TÍTULO III – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 7ª - Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

CONTRIBUIÇÃO: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

coop

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

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

EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico cooperado assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

São considerados EXAMES BÁSICOS de diagnóstico: (a) medicina laboratorial básica: exames de bioquímica, esperma, fezes, hematologia básica, hormônios, imunologia, líquido amniótico, líquido sinovial e derrames, líquido cefalorraquidiano, microbiologia, suco gástrico, tubagem duodenal, urina, patologia clínica ocupacional e exames para transplantes; (b) anatomia patológica e citopatologia básica; (c) eletrocardiograma convencional; (d) eletroencefalograma convencional; (e) exames radiológicos básicos; (f) exames e testes alergológicos; (g) exames e testes oftalmológicos; (h) exames e testes otorrinolaringológicos; (i) teste ergométrico; (j) ato de coleta de biópsia simples; (k) exames ginecológicos simples de diagnóstico; (l) exames básicos de genética; (m) inaloterapia, incluindo nebulização; (o) prova de função pulmonar; (p) exames urológicos básicos; (q) medicina nuclear in vitro (exames laboratoriais); (r) exames angiológicos simples instrumentais.

São considerados EXAMES ESPECIAIS: (a) medicina laboratorial especial: hematologia especial (imunofenotipagem para classificação de leucemias e linfócitos, análise de DNA), hormônios especiais (curva glicêmica e insulínica de 6 dosagens, dosagens de receptores hormonais), imunologia especial (anticorpos especiais: anti-HTLV III e HIV, Western Blot, hepatite C – PCR, HPV – Captura híbrida, HIV amplificação DNA por PCR, sorologia para echovírus), microbiologia especial (micobactéria amplificação de DNA – PCR), exames para transplantes especiais (reatividade contra painel HLA, tipificação HLA – A, B, DR, provas cruzadas para transplante renal); (b) anatomia patológica e citopatologia especiais: imunoperoxidase, painéis de hibridização e imuno-histoquímica, coleta de punção biópsia aspirativa por agulha; (c) angiografia e neurorradiologia; (d) arteriografia; (e) neurofisiologia clínica: eletroencefalograma de sono e vigília, mapeamento cerebral, potencial evocado, eletroneuromiografia, polissonografia; (f) ultra-sonografia; (g) tomografia computadorizada; (h) ressonância nuclear magnética; (i) medicina nuclear in vivo; (j) densitometria óssea e mamografia; (k) ecocardiografia com mapeamento, com fluxo a cores, com doppler colorido, ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional, duplex scan periférico venoso e arterial; (l) eletrocardiografia dinâmica (holter) e mapa (monitorização ambulatorial da pressão arterial); (m) broncoscopia diagnóstica; (n) radiologia intervencionista; (o) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiocoronariografia); (p) videolaparoscopia diagnóstica; (q) tococardiografia; (r) sialografia; (s) exames de genética especiais; (t) exames urológicos especiais (urodinâmica); (u) endoscopia diagnóstica; (v) outros exames não citados como exames básicos.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela UNIMED.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

NOVO EMPREGO: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

ORTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.



Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho
Robertto Rodrigues

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TERAPIA: É o procedimento solicitado pelo médico cooperado assistente após a realização de consulta e/ou exames, que possibilita intervenção sobre o paciente com a finalidade de tratar a doença ou o sintoma apresentado.

São considerados TERAPIAS BÁSICAS: (a) fisioterapia; (b) sessão de nutrição; (c) sessão de psicologia; (d) sessão de terapia ocupacional; (e) sessão de fonoaudiologia; (f) bloqueios anestésicos simples; (g) nutrição parenteral e enteral ambulatorial; (h) angiologia: terapêutica ambulatorial simples; (i) oftalmologia: terapias básicas (curativos, corpo estranho, calázio, epilação, sondagem de vias lacrimais); (j) otorrinolaringologia: terapias básicas (remoção de cerume, corpo estranho); (k) ortopedia: troca de aparelhos gessados, tratamento conservador de fraturas simples, reduções de fraturas simples não cirúrgicas.

São considerados TERAPIAS ESPECIAIS: (a) sessão de acupuntura; (b) quimioterapia; (c) radioterapia; (d) hemodiálise, diálise peritoneal, controle clínico pré e pós transplante renal; (e) bloqueios anestésicos especiais; (f) endoscopia cirúrgica; (g) broncoscopia cirúrgica; (h) cirurgias ambulatoriais; (i) tratamento de fraturas especiais (tratamento conservador, reduções não cirúrgicas e cirúrgicas de fraturas especiais); (j) outras terapias não citados como terapias básicas.

Cláusula 8ª - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao (à) CONTRATANTE, aos (às) filhos (as), aos (às) BENEFICIÁRIOS (as), aos (às) menores, etc.

TÍTULO IV - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 9ª - O regime de contratação do plano está indicado na Proposta de Admissão, dentro das modalidades desse Título.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Cláusula 10 - O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

Cláusula 11 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 12 - Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais e o grupo familiar nos termos da RN 195/2009 ou outra resolução que vier a substituí-la.

I. Conforme cláusula anterior, quaisquer que sejam aqueles que incluídos neste contrato, deverão manter vínculo com a contratante, sendo ele estatutário (servidor público) ou empregatício.

Cláusula 13 - O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, desde que apresente documentos que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

§1º - Só poderá contratar o plano de saúde o empresário individual que comprove o efetivo exercício profissional da atividade empresarial **há pelo menos 6 (seis) meses.**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa

Prefeito Municipal

Cooperativismo: caminho
Roberto Rodrigues

VANDERLI DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

COOP

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 33010-8

§2º - O empresário individual deverá anualmente, no mês de aniversário deste contrato, comprovar que permanece inscrito no órgão competente; que está em regular no exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal; bem como se os beneficiários a ele vinculados ainda possuem os requisitos de elegibilidade, sob pena do presente contrato ser rescindido.

SEÇÃO I – DOS PLANOS COM MENOS DE 30 CLIENTES

Cláusula 14 - No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número inicial de participantes menor que 30 (trinta), **poderá haver cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes e a exigência do cumprimento de prazos de carência estipulados no presente contrato.**

SEÇÃO II – DOS PLANOS COM 30 CLIENTES OU MAIS

Cláusula 15 - No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com um número inicial de participantes maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato e não haverá cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.**

Parágrafo único: Se houver redução do número de beneficiários para menos 30 (trinta) participantes voltará a vigorar o previsto na Cláusula 14.

TÍTULO V - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 16 – Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela contratada, bem como por todas as cooperativas médicas integrantes do Sistema Unimed do Estado de Minas Gerais, obedecendo às normas internas de cada uma delas e de acordo com seus recursos locais.

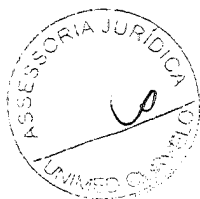
I. Estando o cliente em trânsito, nos casos de urgência e emergência caracterizada na forma da lei, estará garantido o atendimento, dentro da forma contratual, em toda rede credenciada do Sistema Nacional Unimed, exceto dos seguintes hospitais credenciados pelas Unimeds abaixo, por se tratar de Hospitais de alto custo (tabela própria):

a) **Unimed São Paulo:** Casa de Saúde Santa Rita, Hospital A.C. Camargo, Hospital Family, Hospital e Maternidade Campos Sales, Hospital e Maternidade Ipiranga de Mogi, Hospital Santa Isabel, Hospital São Camilo, Hospital Rubem Berta, Promater Paulista, Hospital Albert Einstein, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital do Coração, Hospital Nove de Julho, Hospital Santa Joana, Hospital Santa Paula, Hospital São Luiz, Hospital Sírio Libanês, Incor, Pronto Socorro Infantil Sabará.

b) **Unimed Rio de Janeiro:** Casa de Saúde São José (Hospital Geral – Maternidade), Clínica Bambina (Hospital Geral), Clínica Pediátrica da Barra (Hospital Day Clinic), Hospital Barra D'Or (Cirurgia Cardíaca de Urgência), Hospital Rio Mar (Cirurgia Cardíaca de Urgência), Clínica de Santa Lúcia (Hospital Geral e Maternidade), Clínica São Bernardo (Hospital Geral e Maternidade e Urgência), Hospital Israelita (Hospital Geral), Hospital São Lucas (Cirurgia Cardíaca e Urgência), Prontocor (Hospital de Cardiologia e Urgência).

c) **Unimed Recife:** Hope – Hospital de Olhos de Pernambuco, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Centro Hospitalar Albert Sabin.

d) **Unimed Paulistana:** Hospital Antonio Prudente, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Dante Pazzanese, Dom Silvério Gomes Pimenta, Hospital Family, Hospital Ipiranga, Hospital Nipo Brasileiro, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Marcelina, Hospital Santa Rita, Hospital Santana, Hospital São Conrado, Hospital Albert Einstein, Gastroclínica, Hospital do



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Cooperativismo: caminho para a democracia
Roberto Rodrigues

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOS
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

Coração, Hospital Nove de julho, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Pró-Matre, Hospital Sabará, Hospital Samaritano, Hospital Santa Catarina, Hospital Joana, Hospital São Luiz, Hospital Sírío Libanês.

CAPÍTULO II – DO INÍCIO DO DIREITO

Cláusula 17 – Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos através do cadastro de beneficiário preenchido pela contratante e aceitos pela CONTRATADA, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

TÍTULO VI – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Cláusula 18 – Poderão se inscrever neste plano de saúde:

- personas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária;
- os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;
- os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei Nº. 9.656, de 1998;
- os agentes políticos
- os trabalhadores temporários;
- os estagiários e menores aprendizes

CAPÍTULO II – DOS DEPENDENTES

Cláusula 19 - São beneficiários dependentes deste plano de saúde: aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular:

- O cônjuge;
- O(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- O(s) filho(s) adotivo(s) ou não e enteado(s), solteiros até 21 anos incompletos, ou até 24 anos se comprovadamente dependente e estudante de faculdade;
- O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
- O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es).
- Os beneficiários dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

§1º: Excepcionalmente e em razão da rescisão do contrato anterior firmado entre as partes, Max Executivo – padrão enfermagem (433.779/00-4) e apartamento (433.780/00-8), a ser cancelado em 30/04/2018, será possibilitado a migração para este contrato, na qualidade de dependentes, os genitores dos titulares abaixo, desde que o servidor, que será o titular, solicite sua inclusão no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento do contrato anterior:

- Beneficiária titular Sandra Fernandes Costa Santos: mãe Santa Fernandes Costa, DN 28/03/1938;
- Beneficiária titular Firmino Ferreira: mãe Rosa Rodrigues Ferreira, DN 02/05/1936;
- Beneficiária titular Eva Helena da Fonseca Lima: mãe Maria Gonçalves da Conceição, DN 29/11/1922.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

coop

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

§2º: Em hipótese alguma, será permitido neste contrato, a inclusão de pais.

Cláusula 20 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano privado de assistência à saúde.

Cláusula 21 - Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

Cláusula 22 - A CONTRATANTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

Cláusula 23 - A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE, na condição de seu empregado e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura do termo de adesão, cabendo ao beneficiário titular informar a CONTRATANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.

Cláusula 24 - Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONTRATANTE repassar à UNIMED as informações respectivas.

Cláusula 25 - A CONTRATANTE encaminhará à UNIMED, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos respectivos documentos: CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, carteira de trabalho ou outro documento que comprove a elegibilidade dos beneficiários, nº do Número do Programa de Integração Social - PIS e nº do CNS - Cartão Nacional de Saúde comprovante de elegibilidade dos beneficiários.

§1º - Além dos documentos acima, quando do preenchimento da proposta de adesão, se torna obrigatório que seja preenchido o campo de contato telefônico do beneficiário.

§2º - Sempre que houver alteração do endereço e telefone do beneficiário, a CONTRATANTE se compromete a informar a CONTRATADA;

§3º - Caso seja constatado pela CONTRATADA que o endereço e telefone do beneficiário não estejam corretos, a CONTRATANTE se obriga a enviá-lo.

Cláusula 26 - A CONTRATANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a CONTRATADA, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, bem como o termo de opção pela manutenção ao plano de ex-empregados, demitidos e aposentados, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

Cláusula 27 - Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente legal, desde que haja comprovação, como pela declaração de IRPF, durante os primeiros trinta dias após o parto

Parágrafo Único: É assegurada a inclusão:

a) Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo e desde que o pai ou mãe tenham cumprido carência de 180 dias.

b) Ultrapassado o prazo previsto no item anterior, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e CPT, se houver.

c) Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

Cláusula 28 - O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, desde que este plano tenha as mesmas características do plano que o mesmo vier a adquirir.

TÍTULO VII – DOS SERVIÇOS COBERTOS

Cláusula 29 - A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Cláusula 30 - Os procedimentos 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 profissionais, respeitada a relação existente entre a UNIMED e seus prestadores de serviço de saúde.

Cláusula 31 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Cláusula 32 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Cláusula 33 - Todas as escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Cláusula 34 - O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada pela UNIMED e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 35 - Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.

Cláusula 36 - Estão cobertos os atendimentos relacionados com acidente de trabalho e saúde ocupacional. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO I - COBERTURA AMBULATORIAL

Cláusula 37 - A cobertura Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as seguintes exigências:

- I- cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II- cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito MunicipalWANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE**COOP**Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia"

Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

- III- cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- IV- cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- V- cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VI- cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS;
- VII- cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;
- VIII- cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- IX- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- X- cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- XI- cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- XII- cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- XIII- cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

Cláusula 38 - Consultas com nutricionista: Cobertura obrigatória, de até 12 de consultas/sessões, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- I - ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);
- II - ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
- III - ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;
- IV - ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.

Parágrafo Único: Para todos os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a IV, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Cláusula 39 - Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo: Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I - pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- II - pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- III - pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- IV - pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- V - pacientes com disfagia (CID R13);
- VI - pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- VII - pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

Parágrafo Único: Para os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a VII, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cláusula 40 - Consulta/sessões com terapeuta ocupacional: cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F 03);
- II - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F 79).
- III - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

Cláusula 41 - Consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional: cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- II - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84).
- III - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- IV - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33);

Cláusula 42 - Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, observado os seguintes critérios:

Sessão de psicoterapia: cobertura obrigatória de no mínimo 18 sessões por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- II - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- III - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- IV - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89).
- V - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- VI - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

CAPÍTULO II – COBERTURA HOSPITALAR

Cláusula 43 - A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, em **quarto privativo/padrão apartamento, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluindo:**

I – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente, observado o seguinte:

II - Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

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

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

CCOP

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

- 1.3 - Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
1.4 - Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§ 1º: Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§2º: A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

§3º: Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

III- A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

IV - cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

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

V - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

VI - Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

VII - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

VIII - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

IX - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

- a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos.
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela UNIMED, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a UNIMED, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela UNIMED.

X - cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, para acompanhantes de idosos a partir do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

XI - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

CCOP

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para
Roberto Rodrigues

Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XII - Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, de acordo com o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

XIII - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:

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

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

XIV - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

c) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

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

XV - Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

XVI - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente e para o acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais.

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

XVIII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

XIX - Cobertura para remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro;

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

Suplente do Presidente
Roberto Rodrigues



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 33010-8

XX - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XXI - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XXII - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

XXIII - Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da UNIMED.

CAPÍTULO III - COBERTURA DE OBSTETRÍCIA

Cláusula 44 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo:

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

IV - entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

V - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CAPÍTULO V - DAS EXCLUSÕES (NÃO POSSUEM COBERTURA CONTRATUAL)

Cláusula 45 - Em conformidade com o previsto na Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura do Plano:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
 - c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- CIENTE:** _____

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita; **CIENTE:** _____

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

"Cooperativismo: caminho para a democracia"
Roberto Rodrigues

VANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas; **CIENTE:**

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; **CIENTE:**

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA; **CIENTE:**

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, inclusive nos casos de internações domiciliares; **CIENTE:**

VII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC; **CIENTE:**

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; **CIENTE:**

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; **CIENTE:**

X - casos de cataclismos, guerras e comocões internas, quando declarados pela autoridade competente; e **CIENTE:**

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar. **CIENTE:**

XII - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais; **CIENTE:**

XIII - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato; **CIENTE:**

XIV - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico; **CIENTE:**

XV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos; **CIENTE:**

XVI - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; **CIENTE:**

XVII - cirurgias para mudança de sexo; **CIENTE:**

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato; **CIENTE:**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLANDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

coop

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

XIX - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados a UNIMED, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados, na forma e termos previstos neste contrato; CIENTE:

XX - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar; CIENTE:

XXI - aplicação de vacinas; CIENTE:

XXII - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo; CIENTE:

XXIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares; CIENTE:

XXIV - todo e qualquer atendimento domiciliar, mesmo em caráter de emergência ou urgência; CIENTE:

XXV - remoção domiciliar; CIENTE:

XXVI - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento; CIENTE:

XXVII - tratamentos em SPA e casas sociais; CIENTE:

XXVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior; CIENTE:

XXIX - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade; CIENTE:

XXX - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, disponível em www.ans.gov.br; CIENTE:

XXXI - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; CIENTE:

XXXII - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; CIENTE:

XXXII - HOME CARE: internação domiciliar; modalidade contínua de serviços na área da saúde, cujas atividades são dedicadas ao paciente e a seus familiares em um ambiente extra-hospitalar. É um atendimento domiciliar, que pode contar com a atenção de enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, fonoaudiólogos, entre outros necessários ao cuidado integral do paciente em seu domicílio (ATENÇÃO: ESTE CONTRATO NÃO POSSUI COBERTURA PARA HOME CARE). CIENTE:

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Cláusula 46 - As carências explicitadas neste contrato serão contadas a partir da data de inclusão, conforme cronograma de movimentação, sendo assim especificadas:

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência/emergência nos termos da Lei;
- 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapias básicas;
- 60 (sessenta) dias para remoção;

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

- d) 90(noventa) dias para exames especiais de diagnóstico e terapias especiais, reabilitação física e acupuntura;
- e) 90 (noventa) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- f) 120(cento e vinte) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente ambulatorial;
- g) 180(cento e oitenta) dias para internações e cirurgias em ambiente hospitalar;
- h) 300(trezentos) dias para partos a termo;
- i) 720(Setecentos e vinte) dias para Doenças e Lesões preexistentes.

§1º: Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão parte integrante deste contrato.

Cláusula 47 - O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato.

Cláusula 48 - Para as adesões posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência se iniciará na data de inclusão, conforme cronograma de movimentação, ou seja, as propostas de admissão devem ser enviadas em até 20 (vinte) dias da data de vencimento das mensalidades, para que sejam processadas para a mesma competência. Caso contrário, a inclusão será processada, apenas para a próxima competência.

Cláusula 49 - Quando o número de beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato e não haverá cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Parágrafo Único: Se houver redução do número de beneficiários para menos 30 (trinta) participantes voltará a vigorar a exigência de carência e cumprimento de cobertura parcial temporária, ou agravamento nos casos de doenças e lesões preexistentes para as novas adesões de beneficiários.

CAPÍTULO I – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 50 – A contratada dará cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Cláusula 51 - Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

À UNIMED caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

SEÇÃO I – DA REMOÇÃO

Cláusula 52 - A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

Cláusula 53 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED desse ônus.

Cláusula 54 - A UNIMED 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.

Cláusula 55 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a UNIMED desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

SEÇÃO II - DO REEMBOLSO

Cláusula 56 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados por uma das cooperativas do Sistema Nacional Unimed.

Cláusula 57 - O reembolso de que trata a cláusula anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- Relatório do médico cooperado assistente, declarando o nome do paciente, (código de identificação), descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico cooperado assistente, e exame anátomo patológico decorrente de procedimentos cirúrgicos.

Cláusula 58 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Cláusula 59 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento, caso não seja requerido o reembolso junto à CONTRATADA.

Cláusula 60 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

TÍTULO IX - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 61 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8



Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

Cláusula 62 – A CONTRATADA assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos pelos médicos cooperados indicados no guia de saúde de médicos cooperados e serviços contratados ou credenciados entregue ao CONTRATANTE;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de Rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico cooperado assistente, em impresso próprio da CONTRATADA.
- d) Remoções inter hospitalares, indicada pelo médico assistente.

Parágrafo Único: A diferença de cobrança será sempre por conta do usuário, quando o mesmo optar por tratamento em hospital de tabela própria.

Cláusula 63 - Nesse ato é entregue ao beneficiário o guia de médicos cooperados e serviços contratados ou credenciados, editada pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação com os respectivos endereços das cooperativas UNIMED, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

§1º - As atualizações do **guia de médicos** estarão disponíveis ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de atendimento e no seu site www.unimedgm.coop.br

§2º - Eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no Art. 17 da Lei 9656/98. Será feita mediante aprovação da ANS, comunicando com antecedência ao contratante, beneficiários e à ANS.

Cláusula 64 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado. Da mesma forma a UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

Cláusula 65 - Em casos de divergência médica ou odontológica que envolver beneficiário e prestador de serviços, o beneficiário se encontrará no direito de optar por outro prestador de serviços desde que este seja cooperado.

Parágrafo Único: A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Cláusula 66 - O beneficiário deverá requerer à UNIMED a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos, com os profissionais não médicos e de todos os atendimentos eletivos, ambulatoriais e hospitalares, à exceção das consultas médicas e dos exames básicos a seguir exemplificados: análises clínicas; citopatologia; ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; endoscopia diagnóstica; exames radiológicos; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos e testes ergométrico.

Cláusula 67 - A autorização prévia será obtida na sede da CONTRATADA conforme seu cartão de identificação/Unimed. A emissão da resposta à solicitação de autorização do procedimento, será emitida pela UNIMED no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

Cláusula 68 - Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a UNIMED, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNCIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a sustentabilidade
Roberto Rodrigues

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A CONTRATADA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

Cláusula 69 - Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Cláusula 70 - O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela UNIMED.

Cláusula 71 - O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a UNIMED fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

Cláusula 72 - A CONTRATADA não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

Cláusula 73 - A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.

Cláusula 74 - 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, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei 9656/98.

Cláusula 75 - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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.

Cláusula 76 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED durante período de internação do beneficiário, o hospital obriga-se a manter a internação e a UNIMED, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

Cláusula 77 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Cláusula 78 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e a CONTRATANTE.

SEÇÃO I - DA COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA DE INTERNAÇÃO

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
Membro da Aliança Cooperativa Internacional
SUPERINTENDENTE

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

COOP

ANS - nº 33010-8

Cláusula 79 – Este plano prevê a cobrança de coparticipação e franquia de internação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à UNIMED, após a realização de procedimentos pelos beneficiários. Haverá cobrança de coparticipação, por evento, para as consultas médicas, exames básicos e especiais, internações hospitalares, conforme tabelas abaixo:

1 – Coparticipações:

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
Consulta Eletiva	R\$ 37,50 (trinta e sete reais e cinquenta centavos)
Consulta em Pronto Atendimento	R\$ 46,50 (quarenta e seis reais e cinquenta centavos)
Exames Básicos e Terapias Básicas	50% (cinquenta por cento), limitado a R\$ 40,00 (quarenta reais) – por cada procedimento
Exames Especiais e Terapias Especiais	50% (cinquenta por cento), limitado a R\$ 120,00 (cento e vinte reais) – por cada procedimento
Procedimento / Cirurgia Ambulatorial	50% (cinquenta por cento), limitado a R\$ 120,00 (cento e vinte reais)
Tratamento Oncológico	10% (dez por cento), sem limitador

2 – Franquia de Internação:

FRANQUIA INTERNAÇÃO/APARTAMENTO	
Na área da Unimed Curvelo	Fora da área da Unimed Curvelo
R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais)	R\$ 405,00 (quatrocentos e cinco reais)

§1º - O valor da coparticipação em percentual, previsto na tabela acima, será cobrado de acordo com o valor contratualizado entre a Unimed e o prestador no qual será realizado, considerando o total da conta, ou seja, materiais, medicamentos e honorários médicos.

§2º - Caso seja de interesse do beneficiário, saber o preço a ser pago nos percentuais das coparticipações acima informado, deverá em contato com Central de Atendimento, pelos telefones: (38) 3729.7210 ou 3729.7219 ou 3729.7200, ou ainda, procurar um dos Escritórios Regionais.

§3º - Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento dos valores de coparticipações que serão cobradas através do envio dos respectivos boletos, quando da realização dos procedimentos pelos beneficiários.

§4º - Segmentação Ambulatorial

I - Consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial

II - Serviços auxiliares de diagnose (exames) e terapias e procedimentos médicos classificados para efeito de cobranças da participação em coparticipação reduzido e coparticipação diferenciada.

§5º - Segmentação Hospitalar

I - Será de responsabilidade do Contratante o pagamento da coparticipação e franquia de internação pactuada entre as partes diretamente à Contratada.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

II - Anexada à fatura de cobrança, a Contratada apresentará ao Contratante a utilização realizada pelos clientes.

Cláusula 80 - Nas internações psiquiátricas a franquia de internação será de 50% do valor contratualizado com o prestador, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

SEÇÃO II – DAS RESPONSABILIDADES

Cláusula 81 – Será de responsabilidade da CONTRATANTE administrar a contraprestação em nome de seu ex-empregado/dependentes e a CONTRATADA.

§ 1º - Exclusivamente em decorrência de falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades da CONTRATANTE, será da CONTRATADA a responsabilidade de administrar o plano, nas mesmas condições então vigentes, efetuando a cobrança das contraprestações diretamente dos BENEFICIARIOS de que trata este Capítulo.

§ 2º - No caso de rescisão do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos BENEFICIARIOS referidos neste Capítulo, a continuidade do direito já em fruição.

TÍTULO X – CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Cláusula 82 – A CONTRATADA fornecerá aos BENEFICIARIOS o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos BENEFICIARIOS.

Parágrafo Único: Em casos de solicitação de emissão de 2ª via do cartão, a CONTRATADA cobrará o valor abaixo:

2ª VIA CARTÃO IDENTIFICAÇÃO – POR PESSOA INSCRITA
R\$ 6,00 (seis reais)

Cláusula 83 – É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA; respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, permanecendo isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do BENEFICIARIO, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

§ 1.º - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIARIOS que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam BENEFICIARIOS, com ou sem o conhecimento desses.

§ 2.º - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer BENEFICIARIO, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

§ 3.º - Fica a critério da CONTRATADA a cobrança de segunda via do cartão de identificação dos BENEFICIARIOS.

Cláusula 84 – É de responsabilidade do BENEFICIARIO a guarda e conservação do cartão de identificação, ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

Membro do Conselho
Cooperativa Internacional

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

Cláudio Barbosa Faminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

Parágrafo Único – A comunicação do extravio ou perda do cartão de identificação deverá ser feita pelo beneficiário titular que terá que comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, para cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via, entretanto tal fato não exime o mesmo da responsabilidade pelo seu uso indevido.

TÍTULO XI – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Cláusula 85 - Doença e Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano. O beneficiário deverá informar à UNIMED, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou 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.

Ao ser declarado pelo beneficiário a existência de doença e lesão preexistente a Unimed oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

Cláusula 86 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

§1º: Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

§2º: Instaurado o processo administrativo na ANS, a UNIMED não poderá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

§3º: É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Cláusula 87 - O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta) participantes, não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Parágrafo Único: O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente.

Cláusula 88 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

§1º: O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela UNIMED, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§2º: Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa

Prefeito Municipal

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

WANDERLENE DE CARVALHO BARBO
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

§3º: 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, 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 e da fraude às informações.

§4º: Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, 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 oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

§5º: 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 UNIMED e o beneficiário.

§6º: Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente do beneficiário.

§7º: Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br

§8º: É vedada à UNIMED a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§9º: 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.

§10º: O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

§11º: Na instauração do processo administrativo na ANS, à UNIMED caberá o ônus da prova.

§12º: A UNIMED poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença, ou da lesão preexistente.

§13º: A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§14º: Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§15º: Após julgamento e acolhida à alegação da UNIMED pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela UNIMED, e se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

TÍTULO XII – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido'.

Cláusula 89 – A CONTRATADA encaminhará diretamente para os BENEFICIÁRIOS TITULARES da CONTRATANTE os boletos das prestações pecuniárias relacionadas ao plano de saúde, sendo, portanto, do próprio BENEFICIÁRIO a responsabilidade pelo pagamento da inscrição, mensalidades e coparticipações/franquia de internação sua e de seus eventuais dependentes, se obrigando, desde já, a pagar à CONTRATADA as faturas/boletos.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

COOP

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

§1º: Registra-se que referido caput encontra-se em consonância com a Resolução Normativa nº. 195 da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que prevê a possibilidade de envio das contraprestações pecuniárias diretamente para os demitidos e aposentados (artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98) e aos entes da Administração Pública.

§2º: Eventuais valores de franquia de internação e coparticipação deverão ser pagos pelo BENEFICIÁRIO da mesma forma que as mensalidades.

Cláusula 90 – As faturas/boletos das mensalidades e os eventuais valores relativos à franquia de internação e coparticipação deverão ser pagos pelo BENEFICIÁRIO até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§1º – Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

§2º - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

Cláusula 91 – Se o BENEFICIÁRIO não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na CONTRATADA para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.

Cláusula 92 – As faturas/boletos emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de BENEFICIÁRIO, a fatura/boleto se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes. A cobrança da taxa de implantação (abaixo) do beneficiário no sistema, acontecerá juntamente com a 1ª mensalidade.

Parágrafo Único: O valor da taxa de implantação, por beneficiário inscrito no plano de saúde, será o abaixo descrito:

TAXA DE IMPLANTAÇÃO – POR PESSOA INSCRITA
R\$ 10,00 (dez reais)

Cláusula 93 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Cláusula 94 - Em atenção ao disposto no § 1º do art.15 da RN 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

a) O plano oferecido para os funcionários com vínculo ativo, bem como para os eventuais dependentes será arcado 100% (cem por cento) pelo empregado, onde, portanto, o empregador, ora CONTRATANTE, não arcará com nenhum valor.

b) O empregador, ora CONTRATANTE, também não arcará com nenhum valor no plano dos funcionários inativos, nem tampouco no custeio para os demitidos/aposentados eventualmente mantidos no plano.

Cláusula 95 - No momento da contratação do plano e a cada adesão, será apresentado aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, como empregado ativo e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Cláusula 96 - As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela Unimed a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

SUPERINTENDENTE

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz"
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

SEÇÃO I – DA INADIMPLÊNCIA

Cláusula 97 – Ocorrendo impontualidade no pagamento da fatura ou cobrança, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

CAPÍTULO II – DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I – DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Cláusula 98 - Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, sendo que a negociação anual a ser realizada para fins de aplicação do previsto nesta Seção será discutida exclusivamente junto às CONTRATANTES, ficando sob a sua responsabilidade passar as informações necessários junto aos beneficiários, que ficarão responsáveis, apenas e tão somente, pelo pagamento das contraprestações pecuniárias, já que os boletos serão encaminhados diretamente para os mesmos.

Cláusula 99 - O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

Parágrafo Único - Caso o reajuste não seja aplicado na data base (aniversário), devido a negociações entre as partes, fica reservada a cobrança pela Contratada, dos meses retroativos.

Cláusula 100 - Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

Cláusula 101 - A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS através de aplicativo próprio conforme definições de Resolução Normativa editada pelo órgão regulador.

Cláusula 102 - Os valores relativos à taxa de implantação, das coparticipações/franquia de internação e segunda via do cartão de identificação, quando estabelecidas em valor, serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

Parágrafo Único: As coparticipações estabelecidas em percentual serão reajustadas de acordo com o reajuste da tabela de procedimentos Unimed.

Cláusula 103 - Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

Cláusula 104 - Além da modalidade de reajuste prevista nesta seção, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário.

Cláusula 105 - Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão, vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários.

Cláusula 106 - A CONTRATADA identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

Cláusula 107 - Do índice de reajuste para contratos não agrupados
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
Cooperativa Intermunicipal de Saúde

Vanderli de Carvalho Barbosa
PREFEITO MUNICIPAL

ANS - nº 33010-8

Cláusula 108 - Havendo a necessidade de aplicação de reajuste por sinistralidade, esta será reavaliada, desde que a sinistralidade esteja acima de 65% (sessenta e cinco por cento). A sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

§1º - Para verificação do índice da sinistralidade da carteira da Contratante, será verificado o I.U. (índice de utilização), como sendo o indicador que servirá como referência para avaliação do equilíbrio do contrato, onde o percentual da receita, que está comprometido com os custos assistenciais, será calculado conforme abaixo:

$$\text{I.U.} = \text{Custo Assistencial Total} / \text{Receita Total}$$

§2º - O reajuste contratual seguirá, desde que o reajuste atuarial seja menor ou igual ao reajuste financeiro, a seguinte fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste} = \text{Reajuste Financeiro (cláusula 108)} + \text{Reajuste Técnico/Atuarial (cláusula 109)}$$

§3º - Diante da previsão do §2º desta cláusula, se o reajuste atuarial for superior ao reajuste financeiro, será aplicado somente o atuarial, sendo o financeiro desconsiderado.

§4º - O reajuste técnico/atuarial terá como referência o Índice de Utilização Acordado e o Índice de Utilização Apurado, sendo obtido pelo resultante da fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste Atuarial (\%)} = \frac{\text{IU apurado} - \text{IU Acordado (65\%)}}{\text{IU Acordado (65\%)}}$$

$$\text{IU Acordado (65\%)}$$

Cláusula 109 - Além do reajuste por sinistralidade previsto neste instrumento o valor das mensalidades, tabelas de preços, taxa de implantação e coparticipações serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com a variação positiva do índice aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que será apurado no período de 12 meses consecutivos, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da UNIMED.

Cláusula 110 - Do índice de reajuste para contratos agrupados

Cláusula 111 - Para fins de aplicação de reajuste, se na data do aniversário deste contrato for apurado a quantidade de beneficiários vinculados ao plano menor que 30 participantes o reajuste se dará de acordo com o **agrupamento de contratos desta segmentação** e será adotado o seguinte critério para o cálculo:

§1º - A avaliação da sinistralidade da carteira de planos agrupados, que terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, e a meta da sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento). O percentual a ser aplicado incidirá sobre as mensalidades, tabelas de preços, taxa de implantação e coparticipações.

a) Para verificação do índice da sinistralidade da carteira da Contratante, será verificado o I.U. (índice de utilização), como sendo o indicador que servirá como referência para avaliação do equilíbrio do contrato, onde o percentual da receita, que está comprometido com os custos assistenciais, será calculado conforme abaixo:

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

SUPERINTENDENTE

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz"
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

$$I.U. = \text{Custo Assistencial Total} / \text{Receita Total}$$

b) O reajuste contratual seguirá, desde que o reajuste atuarial seja menor ou igual ao reajuste financeiro, a seguinte fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste} = \text{Reajuste Financeiro (cláusula 111, §1º)} + \text{Reajuste Técnico/Atuarial (cláusula 111, §2º)}$$

c) Diante da previsão da alínea b desta cláusula, se o reajuste atuarial for superior ao reajuste financeiro, será aplicado somente o atuarial, sendo o financeiro desconsiderado.

d) O reajuste técnico/atuarial terá como referência o Índice de Utilização Acordado e o Índice de Utilização Apurado, sendo obtido pelo resultante da fórmula abaixo:

$$\text{Reajuste Atuarial (\%)} = \frac{\text{IU apurado} - \text{IU Acordado (65\%)}}{\text{IU Acordado (65\%)}}$$

§2º - Não havendo desequilíbrio atuarial do contrato para aplicação de reajuste por sinistralidade, o valor das mensalidades, tabelas de preços, taxa de implantação e coparticipações serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, respeitando-se a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com a variação positiva do índice aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que será apurado no período de 12 meses consecutivos, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração para outro plano da UNIMED.

Cláusula 112 - O agrupamento de contratos é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles. O contrato fará parte do agrupamento por conter na data de apuração anual a quantidade de beneficiários menor que 30 participantes.

Cláusula 113 - Este contrato poderá perder a condição de agregado ao agrupamento, caso posteriormente deixe de possuir o número elegível de participantes, neste caso o reajuste anual ocorrerá em conformidade com a cláusula 108 e 109 e não será aplicado o critério do agrupamento.

Cláusula 114 - Os percentuais de reajuste definidos, serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

SEÇÃO II – DAS FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 115 – As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Cláusula 116 – As faixas etárias para os fins deste contrato são: (Lei 10.741 – Estatuto do Idoso)

- 1.ª - até 18 (dezoito) anos;
- 2.ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos, **com variação percentual de 17,99%**;
- 3.ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos, **com variação percentual de 15,01%**;
- 4.ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos, **com variação percentual de 13%**;
- 5.ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos, **com variação percentual de 14,99%**;
- 6.ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos, **com variação percentual de 15,01%**;
- 7.ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos, **com variação percentual de 21%**;

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

coop

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

- h) 8.^a - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos, **com variação percentual de 22,01%**;
i) 9.^a - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos, **com variação percentual de 34,99%**;
j) 10.^a - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais, **com variação percentual de 47,99%**.

Cláusula 117 – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I desse Capítulo.

Cláusula 118 – Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

Cláusula 119 - A variação de preço por mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

TÍTULO XIII – DA SUSPENSÃO E RESCISÃO

Cláusula 120 – O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos do(s) associado(s) inadimplente(s) até a efetiva liquidação do débito e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

Cláusula 121 - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta dias), consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Cláusula 122 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, antes de 12 meses, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 60 dias, com notificação a CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da UNIMED de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- c) descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

Cláusula 123 - É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação UNIMED.

Cláusula 124 - A UNIMED reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da UNIMED.

Cláusula 125 - A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo beneficiário titular a que ele estiver vinculado.

Cláusula 126 – Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) 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.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

Cooperativismo: caminho para a democracia e a cidadania
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

§ 1.º - 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.

§ 2.º - O contrato firmado com empresário individual não se prorrogará por prazo indeterminado, já que poderá ser desligado caso anualmente não comprove sua continuidade como empresário individual, bem como não comprove os requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados. Desta forma, este contrato será rescindido, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§ 3.º - A falta de comunicação, nos termos dessa cláusula, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§ 4.º - Durante o prazo previsto dessa cláusula para rescisão contratual, não será admitida inclusão ou exclusão do beneficiário.

Cláusula 127 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado na cláusula anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

Cláusula 128 - O CONTRATANTE/ BENEFICIÁRIO reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiário, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

Cláusula 129 - A não concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

TÍTULO XIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

CAPÍTULO I - DO DIREITO DE MANUTENÇÃO APÓS A PERDA DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Cláusula 130 - Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Cláusula 131 - A CONTRATANTE diante das modificações introduzidas pela RN 279/2011 escolhe manter os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados no mesmo plano dos titulares ativos.

Cláusula 132 - O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Cláusula 133 - Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados:

I - A Unimed assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma junto à Unimed o pagamento integral das mensalidades**, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, observada a RN 279/2011, e suas posteriores alterações.

II - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

Cooperativismo: caminho para a
Roberto Rodrigues

WANDERLENE DE CARVALHO
SUPERINTENDENTE

ANS - nº 33010-8

COOP

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

sucessor, com um mínimo assegurado de **6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses**.

III - O período de manutenção da condição de beneficiário para o **ex-empregado aposentado** será:
a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

Cláusula 134 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Cláusula 135 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de **30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, e suas posteriores alterações;

Cláusula 136 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;

Cláusula 137 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações. Em sendo mantido os beneficiários dependentes no plano, o dependente ou representante legal deverá assinar Termo de Assunção de Obrigações.

Cláusula 138 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

Cláusula 139 - A condição de beneficiário deixará de existir:

- a)** pelo decurso dos prazos de manutenção previstos neste contrato e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b)** pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, devendo ser comunicado o fato a Unimed; ou
- c)** pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Cláusula 140 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da RN nº 279/2011 e art. 7C da RN nº 186/2009, e suas posteriores alterações.

Cláusula 141 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e na RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33010-8

Cláusula 142 - Não é considerada contribuição o pagamento de franquia de internação e coparticipação pelo beneficiário, bem como aos demais valores de mensalidade ou coparticipação relacionados aos dependentes e agregados (inciso I do art.2º da RN 279 e suas posteriores alterações)

Cláusula 143 - O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das mensalidades de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito da UNIMED requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Cláusula 144 - É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do empregado de contratar plano individual familiar no prazo estabelecido.

Cláusula 145 - Se o CONTRATANTE houver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-empregado, é obrigatório somar os prazos de contribuição relativos aos planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-empregado pelo período correspondente calculado na forma do contrato celebrado.

Parágrafo Único: A regra prevista nesta cláusula se aplica a sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão do CONTRATANTE, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

Cláusula 146 - A CONTRATANTE se obriga a comunicar a Unimed eventual alteração da forma de custeio do plano de saúde.

Cláusula 147 - A CONTRATANTE deve informar ao beneficiário ex-empregado, no Termo de Opção de permanência no plano que lhe faculta permanecer na condição de beneficiário, que este é obrigado a comunicar imediatamente à Unimed seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, sob pena de arcar com os custos reais dos procedimentos realizados após a obtenção de novo emprego.

CAPÍTULO II - DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Cláusula 148 - No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A Unimed disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Cláusula 149 - Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Cláusula 150 - Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

Cláusula 151 - Os direitos previstos nos art.30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 extingue-se na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- I – pelo decurso dos prazos de permanência;
- II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.
- IV – Pela renúncia do ex-empregado ao direito previsto no art.30 e 31 da Lei 9656/98
- V – Pela omissão da manifestação e assinatura do Termo de Opção no prazo de 30(trinta) dias, contados da comunicação da CONTRATANTE.

CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 152 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I - Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

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

Cláusula 153 - Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

Cláusula 154 - A Unimed somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Cláusula 155 - A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

Cláusula 156 - As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio magnético, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

Cláusula 157 - As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos art.30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a Unimed as seguintes informações:

- I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na mesma empresa;
- III – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e como é feita esta contribuição;
- IV – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA

Cooperativismo: caminho para a democracia
Roberto Rodrigues

Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

coop

ANS - nº 33010-8

Cláusula 158 - Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser assinado por este, o Termo de Opção de manutenção no plano de saúde disponibilizado pela Unimed.

TÍTULO XV - DO TRANSPORTE AEROMÉDICO

Cláusula 159 - A remoção do cliente será realizada nos casos de urgência, por meio da empresa disponibilizada pela Contratada, de transferência de um estabelecimento médico-hospitalar para outro mais próximo, que atenda ao plano no qual o cliente esteja inscrito, observadas as seguintes condições do paciente:

- a) Diagnóstico e tipo de paciente (adulto ou neo-natal);
- b) Horário e Local onde se encontra o paciente;
- c) Locais de pouso (se homologado, iluminado, etc.) e condições meteorológicas;
- d) Localização das aeronaves (pode estar prestando outro atendimento, efetuando manutenção ou realizando voos administrativos);
- e) Distância, tempo de remoção e proximidade de recurso tecnicamente mais adequado;
- f) Local de destino, outros fatores de importância.

Cláusula 160 - Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente ao Serviço Médico Central, **exclusivamente pelo médico assistente.**

Cláusula 161 - Para que se justifique a requisição desses serviços, é necessário que o **cliente**, tendo cumprido as carências contratuais, apresente pelo menos uma das seguintes condições clínicas:

- Traumatismo crânio-encefálico que necessite de tratamento intensivo;
- Aneurisma cerebral roto, que necessite de assistência intensiva;
- Tratamento da face, que necessite de cirurgia de reconstituição;
- Traumatismo ocular grave que possibilite perda de visão;
- Traumatismo raquimedular que necessite de cuidados intensivos;
- Embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
- Choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com mais recursos (ex.: balão intraórtico e cirurgia cardíaca);
- Cirurgia cardíaca;
- Pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- Queimaduras elétricas, térmicas, químicas e com área corpórea afetada maior que 30%;
- Angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas; discretas alterações das enzimas e que necessitem de comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando, no local de origem, não houver condições para tal;
- Discretas alterações das enzimas e que necessitem de comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva ser internado em centro de terapia intensiva;
- Aneurisma dessecante de aorta que necessite de centro de terapia intensiva;
- Hipertensão associada a falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite de centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo o arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário a UTI mais adequada;
- Insuficiência respiratória aguda, que necessite de ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- Pancreatite aguda (critério de ranon);
- Trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- Asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica;
- Insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- Insuficiência cardíaca congestiva, que necessite de Unidade de Terapia Intensiva;
- Hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas.



Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz"
Roberto Rodrigues

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 33010-8

- Estado de mal epilético, que necessite de curarização e ventilação mecânica;
- Assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- Politraumatismos (fraturas com comprometimento de órgãos vitais, que necessitem de cirurgias, quando, no local, não existir condições para tal procedimento);
- Fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- Fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local de origem, não haja condições técnicas;
- Traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local de origem, não haja condições técnicas;
- Fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- Intoxicações agudas que necessitem de centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- Afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- Amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando-se o período de viabilidade cirúrgica);
- Infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estejam respondendo a tratamento clínico;
- Picadas de animais peçonhentos, com risco de morte e que sugira centro de terapia intensiva;

Cláusula 162 - Se alguma das patologias acima for **decorrente de tentativa de suicídio**, salvo casos previstos em lei, o cliente não terá a cobertura deste benefício e, caso o atendimento ocorra, os custos decorrentes serão de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

Cláusula 163 - As aeronaves que forem colocadas à disposição do **CONTRATANTE** não terão nenhuma peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

Cláusula 164 - Caberá à empresa de transporte aéreo definir o tipo de transporte que mandará utilizar em função de suas disponibilidades, do estado do cliente, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

Cláusula 165 - O transporte aeromédico ora contratado somente se efetivará se a localidade de origem do paciente estiver **situada a mais de 50 Km (cinquenta quilômetros)** do hospital de destino.

TÍTULO XVI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 166 - Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Cláusula 167 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

Cláusula 168 - 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 exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Cláusula 169 - O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas UNIMED.

Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA

WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

"Cooperativismo: caminho para a democracia"
Roberto Rodrigues



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 33010-8

Cláusula 170 – A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como intimação para o CONTRATANTE/ BENEFICIÁRIO, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Cláusula 171 – Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Cláusula 172 – O CONTRATANTE, por si e pelos beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Cláusula 173 – Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, a Declaração de Saúde, a Ficha de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Cláusula 174 – Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Cláusula 175 – Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula 176 – Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

E assim, por se encontrarem justas e contratadas, firmam as partes este instrumento em duas vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas.

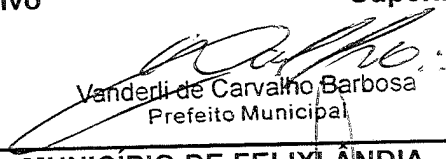
Curvelo, 01 de ABRIL de 2018



Cleber Luiz Costa Lima
Superintendente Administrativo



Deiner de Moraes Grama
Superintendente Financeiro



Vanderli de Carvalho Barbosa
Prefeito Municipal

MUNICÍPIO DE FELIXLÂNDIA
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA



WANDERLENE DE CARVALHO BARBOSA
SUPERINTENDENTE

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA – IPREMFEL



FELIXLÂNDIA CÂMARA MUNICIPAL

TESTEMUNHAS:

1) 
CPF: 993.052.886-72

2) 
CPF: 068.811.326-37

