

PROPOSTA DE ADMISSÃO
PLANO SPECIAL HOSPITAL UNIMED PIRACICABA
EMPRESARIAL (COLETIVO)
PLANO REFERÊNCIA - Segmentação Assistencial:
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Contrato nº: 9178

Proposta de Admissão nº: 9178

Registro no Ministério da Saúde nº 411.187/99-7

Registro Provisório na SUSEP nº 315729

1

CONTRATADA

Operadora de Planos de Saúde (O.P.S.) – UNIMED DE PIRACICABA –
SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS.

End.: Rua do Rosário, nº 1870

Bairro : Centro

Cidade : Piracicaba U.F. : SP CEP : 13.400-186

Telefone : (019) 430-8000 Fax : (019) 433-9742

E-Mail : unimed@merconet.com.br

CNPJ/MF : 44.803.922/0006-17 Insc.Estadual : Isento

QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES

Nome : Dr. Paulo Tadeu Falanghe R.G. : 5983185 Estado Civil : Casado

Nacionalidade : Brasileira

Cargo/Função : Presidente C.R.M. : 31868

Nome Dr. Euclydes Antonio Montagnani Júnior

R.G. 7708926 Estado Civil : Casado Nacionalidade : Brasileira

Cargo/Função : Vice Presidente C R.M.: 60742

2	PROPONENTE/CONTRATANTE		
Razão Social: SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE PIRACICABA, SÃO PEDRO E REGIÃO.			
End.: Rua Gomes Carneiro		Nº. 633/668	
Complemento: -----		Bairro: Centro	
Cidade : Piracicaba	U.F.: São Paulo	CEP: 13.400-530	
Telefone: 0 (XX) 19 433-2918	Fax : O mesmo	E-Mail: -----	
CNPJ: 56.980.220/0001-83		Insc.Estadual: ISENT0	
Contato: Sr. Osmir		Cargo: Presidente	

<u>QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS</u>	
Documentos Apresentados : Procuração ☒	Contrato Social ☐
Nome : José Osmir Bertazzoni	
R.G.: 9.360.552-3	Estado Civil: Casado Nacionalidade: Brasileira
Cargo/Função: Presidente	

3	TIPO DE CONTRATAÇÃO
Código 02 – COLETIVO EMPRESARIAL	
O regime de contratação é PLANO SPECIAL HOSPITAL UNIMED PIRACICABA EMPRESARIAL.	
Ministério da Saúde nº 411.187/99-7, com participação do usuário conforme valores descritos no item 8 desta Proposta de Admissão.	

4	TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia Código 06	
Tipo de Acomodação Contratada :	
1) Quarto Coletivo / Enfermaria ☒	
2) Quarto com acompanhante e banheiro privativo ☐	

5	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA
Municipal – Código 5 – Município de Piracicaba.	

6	PRAZO CONTRATUAL
O prazo mínimo deste contrato será de 12 (doze) meses, com vigência à partir de 01 de Janeiro de 2001, sendo prorrogado automaticamente por tempo indeterminado se não houver manifestação expressa e por escrito do contrário.	

7 CONTRIBUIÇÃO DO USUÁRIO NO CUSTEIO DO PLANO

Sem Contribuição ☐ Contribuição Parcial ☐ Contribuição Total ☒
 Conforme Artigo 30 § 6º da lei nº 9656/98.

8 CARÊNCIA E CO-PARTICIPAÇÃO

8.1 As carência explicitadas nesta cláusula só deverão ser observadas para os usuários dependentes que não foram inscritos dentro dos prazos estabelecidos no contrato (art. 26, cap. 4, Título 5).

8.2 Nas Urgências e/ou Emergências, tanto para os atendimentos Ambulatoriais como Hospitalares haverá carência de 24 horas contadas a partir da vigência do contrato.

Segmentação Ambulatorial – Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia, Atendimento Ambulatorial.

Eventos	Carências	Carências para usuários dependentes inscritos após prazo contratual de inscrição	Co-Participação
Urgência/Emergência		24 Horas	R\$ 9,00 por consulta
Consulta		90 Dias	R\$ 9,00 por consulta
Exames Básicos		90 Dias	
Exames Especiais		180 Dias	
Procedimentos de Reabilitação Física e Fisioterapia		90 Dias	
Procedimentos de Alta Complexidade		180 Dias	

Segmentação Hospitalar – Internação para Tratamento Clínico, Cirúrgico e Psiquiátrico. Exclusivamente no Hospital e Maternidade Unimed de Piracicaba.

Eventos	Carências	Carências para usuários dependentes inscritos após prazo contratual de inscrição	Co-Participação
Urgência/Emergência		24 Horas	-----
Internação		180 Dias	
Parto a termo		300 Dias	-----
Procedimentos Especiais		180 Dias	

Para o usuário com direito a internação em quarto coletivo que optar por transferir para direito a internação em quarto com acompanhante, cumprirá carência de 180 dias para a utilização da nova acomodação, permanecendo durante esse período o direito de utilização da acomodação anterior.

A opção acima prevista, somente poderá ser feita uma única vez.

9	CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS					
- As contraprestações terão como data de vencimento, todo dia 10 (dez) de cada mês. - Os Valores da co-participação nas consultas serão pagos no ato da retirada da guia de autorização.						
VALOR DA MENSALIDADE POR USUÁRIO INSCRITO						
	Opção em Quarto Coletivo			Opção em Quarto com Acompanhante		
-----	Número de Usuários	Valor por Titular	% +	Número de Usuários	Valor por Titular	% +
-----	01	R\$ 50,00	----	XX	XX	X
-----	02	R\$ 100,00	----	XX	XX	X
-----	03	R\$ 120,00	----	XX	XX	X
-----	04	R\$ 120,00	----	XX	XX	X
-----	05	R\$ 140,00	----	XX	XX	X
-----	06	R\$ 160,00	----	XX	XX	X
-----	-----	-----	-----	XX	XX	X
Custo da Inscrição por Titular				Custo da Emissão de 2ª Via da		
Titular sem Dependente		R\$ 10,00		Carteira de Identificação		
Titular com 1 Dependente		R\$ 15,00		Unimed		
Titular com 2 ou mais Dependentes		R\$ 20,00		R\$ 13,00		
- O Contratante se obriga a pagar o total das mensalidades, considerando o nº de usuários inscritos. - Ocorrendo alteração no número de usuários por titular, que importe em deslocamento para a faixa superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao da alteração solicitada. - O pagamento da contraprestação pecuniária será processado através de boleto bancário.						

- O atraso no pagamento, acarretará na cobrança de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e acrescido da variação do IPC segmento saúde da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito atualizado.
- O pagamento antecipado das contraprestações **não elimina nem reduz os prazos de carência** deste contrato.
- O pagamento de uma contraprestação referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10	LESÕES E DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES
Sim ☒	Não ☐ Constatação: Declaração de Saúde ☒ Exame de Admissão ☒
- Os usuários com lesões e doenças pré-existents serão relacionados em anexos próprios, especificando-as separadamente por usuário, bem como os exames complementares realizados, se houverem. - A regra acima estipulada será para os contratos com menos de 50 usuários.	

11	COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA
Sim ☒	Não ☐
Se existirem estarão especificadas na planilha de cadastramento de cada usuário inscrito separadamente, e terão prazo para cobertura de 24 (vinte e quatro) meses.	

12	AGRAVAMENTO
Sim ☒	Não ☐
Os agravos serão anotados na planilha de cadastramento de cada usuário inscrito separadamente, bem como seus respectivos valores.	

13	CONTINGENTE INICIAL DOS USUÁRIOS INSCRITOS							
Opção: - Quarto Coletivo				Opção: - Quarto com Acompanhante				
Titulares	Dependentes	Agregados	Total	Titulares	Dependentes	Agregados	Total	
00	00	00	00	00	00	00	00	

Caso haja contratação de algum **MÓDULO OPCIONAL** e este não seja extensivo a totalidade dos usuários inscritos neste contrato, haverá discriminação desta opção de forma a identificar os optantes na planilha de cadastramento.

Os valores da Contraprestação Pecuniária relativos aos módulos contratados serão acrescidos aos valores da contraprestação básica, por usuário, conforme especificado no quadro 9 (nove) para liquidação na mesma data.

14	MÓDULOS OPCIONAIS CONTRATADOS <u>14.1 Transporte Aeromédico</u> Sim ☐ Não ☒ Carência (45) dias. Valor por usuário R\$ ----- É Interveniente prestadora dos serviços deste módulo a Flamingo Unimed Air Taxi Aéreo Ltda inscrita no C.N.P.J. sob nº 62.120.084/0001-54 com sede na cidade de São Paulo – SP na Av. Jurandir, S/Nº CEP 04072-000 – Telefone (011) 5581.4484 / 0800 Fax (011) 5581.5336. <u>14.2 Seguro de Acidentes Pessoais</u> Sim ☐ Não ☒ Carência (30) dias. Valor por titular R\$ ----- É Interveniente prestadora dos serviços deste módulo será a Unimed Seguradora S/A inscrita no C.N.P.J. sob nº 92.863.505/0001-06 com sede na cidade de São Paulo SP na Alameda Santos nº 1827 – 15º Andar CEP 01.419-909 Telefone 0800 16 66 33. Fax 011 – 245 9900 <u>14.3 Seguro SOS Viagem</u> Sim ☐ Não ☒ Carência (30) dias. Valor por usuário R\$ ----- É Interveniente prestadora dos serviços deste módulo será a Unimed Seguradora S/A inscrita no C.N.P.J. sob nº 92.863.505/0001-06 com sede na cidade de São Paulo SP na Alameda Santos nº 1827 – 15º andar CEP 01.419-909 Telefone 0800 16 66 33 Fax 011 – 245 9900 <u>14.4 Seguro Vida em Grupo – Morte Natural</u> Sim ☐ Não ☒ Carência (6) meses. Valor por titular R\$ ----- É Interveniente prestadora dos serviços deste módulo será a Unimed Seguradora S/A inscrita no C.N.P.J. sob nº 92.863.505/0001-06 com sede na cidade de São Paulo na Alameda Santos nº 1827 – 15º andar CEP 01.419.909 Telefone 0800 16 66 33 Fax 011 – 245 9900 <u>14.5 Garantia Funeral</u> Sim ☐ Não ☒ Carência (30) dias. Valor por usuário R\$ ----- É Interveniente prestadora dos serviços deste módulo será a Unimed Seguradora S/A inscrita no C.N.P.J. sob nº 92.863.505/0001-06 com sede na cidade de São Paulo na Alameda Santos nº 1827 – 15º andar CEP 01.419.909 Telefone 0800 16 66 33 Fax 011 – 245 9900 Caso haja contratação de algum MÓDULO OPCIONAL e este não seja extensivo a totalidade dos usuários inscritos neste contrato, haverá discriminação desta opção de forma a identificar os optantes na planilha de cadastramento.
-----------	--

Os valores da Contraprestação Pecuniária relativos aos módulos contratados serão acrescidos aos valores da contraprestação básica, por usuário, conforme especificado no quadro 9 (nove) para liquidação na mesma data.

15**DECLARAÇÃO**

- Declaro que, ao preencher a presente PROPOSTA DE ADMISSÃO, para atendimento médico e hospitalar, recebi as devidas explicações gerais pelo representante da CONTRATADA, e por mim foram aceitas.
- Declaro também, para todos os fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com as condições gerais e particulares do contrato, inclusive quanto aos prazos de carências, serviços não cobertos, condições estabelecidas para as **Lesões e Doenças Pré-existentes**, estando também de acordo que este plano não dá cobertura à **segmentação odontológica**.
- Estou ciente da minha obrigação de apresentar e esclarecer todas as dúvidas dos funcionários aqui inscritos, reforçando a absoluta necessidade da veracidade das informações prestadas tanto da empresa contratante, bem como de seus funcionários, diretores e dependentes inscritos, conforme termos do artigo 1444 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **"Se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, orientando circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou valores do prêmio, perderá o direito às coberturas do plano contratado e pagará o prêmio vencido."**
- Declaro ter recebido cópia autêntica desta PROPOSTA DE ADMISSÃO

- Declaro ainda ter ciência que esta PROPOSTA DE ADMISSÃO **somente terá validade** após o pagamento do valor das inscrições e primeira contraprestação. No caso de pagamento através de bancos ou cheque, este somente será considerado válido após o recebimento do aviso bancário de liquidação do mesmo ou compensação bancária dos cheques.

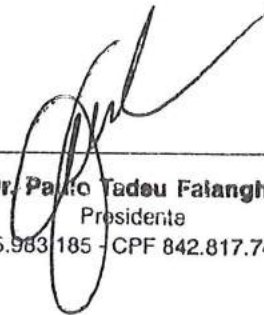
O contrato ora pactuado, está de acordo com a lei nº 9656/98, de 03 de junho de 1.998, que versa em seu artigo 1º "Submetem-se as disposições dessa Lei, as Pessoas Jurídicas de direito privado que operam Planos ou Seguros privados de Assistência a Saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade".

A UNIMED DE PIRACICABA – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos é uma cooperativa de trabalho médico fundada em 14 de dezembro de 1.970, em conformidade com a Lei 5764/71 – Lei do Cooperativismo.

Piracicaba, 02 de Janeiro de 2001.

CONTRATANTE

UNIMED DE PIRACICABA
Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos


Dr. Paulo Tadeu Falanghe
Presidente

RG 5.983.185 - CPF 842.817.748-15


Dr. Carlos A. Montagnani Jr.
Vice-Presidente / Diretor Comercial

R.G. 7.708.926 - CPF 028.083.248-63

TESTEMUNHAS



PLANO SPECIAL HOSPITAL UNIMED PIRACICABA

EMPRESARIAL (QUARTO COLETIVO)

**PLANO REFERÊNCIA - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMBULATORIAL +
HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR EXCLUSIVAMENTE NO HOSPITAL E MATERNIDADE
UNIMED DE PIRACICABA**

REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 411.187/99-7

REG. PROVISÓRIO SUSEP Nº 315729

CONTRATO Nº 9178

TÍTULO I – DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Art. 1. O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, conforme rol de procedimentos para os **planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba**, anexo à Resolução nº 10, publicada em 4 de novembro de 1998, aos usuários regularmente inscritos, na **UNIMED DE PIRACICABA** na forma e condições deste instrumento.

Parágrafo único. É facultada a contratação de **MÓDULOS OPCIONAIS** disponíveis, sendo obrigatória a especificação de ajuste de cada um deles, estando seus custos e carências especificados, na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Art. 3. É parte integrante deste contrato a **PROPOSTA DE ADMISSÃO** de mesmo número.

Art. 4. Este contrato terá o início de vigência e a duração mínima previstos na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, prorrogando-se automaticamente, por tempo indeterminado.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Art. 5. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I - **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica (qualificada na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados, e respectivos dependentes legais.
- II - **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e em nome destes, garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada ou credenciada.
- III - **USUÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados, conforme definido no Título V.

- IV - **PROPOSTA DE ADMISSÃO:** é o documento validado pela Contratada, preenchido pelo Contratante, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Art. 6. Também são assim definidos:

- I - **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- II - **ACIDENTE DO TRABALHO:** é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do usuário em suas atividades profissionais.
- III - **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano decorrente de doença pré existente.
- IV - **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que **não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.**
- V - **BENEFICIÁRIO:** é aquele que é favorecido pelo benefício.
- VI - **BENEFÍCIO:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, nas condições expressas do contrato.
- VII - **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VIII - **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.
- IX - **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
- X - **CERTIFICADO CONTRATUAL:** é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.
- XI - **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- XII - **COBERTURA:** é a cláusula contratada, a que o usuário tem direito.
- XIII - **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às **exclusões** estabelecidas em contrato.
- XIV - **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU):** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- XV - **CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP):** é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- XVI - **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário e as consequentes indicações, se necessário de exames terapêuticos..
- XVII - **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL:** é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.

- XVIII - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO:** é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de usuários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.
- XIX - CONVIVENTE:** é a pessoa que vive em união estável.
- XX - CO-PARTICIPAÇÃO:** é o montante, definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
- XXI - CUSTO OPERACIONAL:** é o valor cobrado pelo prestador para prestação de serviços médico hospitalares, podendo estes serem contratados, credenciados ou próprios da UNIMED, acrescidos dos custos administrativos, **mediante prévio ajuste formal**.
- XXII - DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXIII - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- XXIV - DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela que teve origem em ambiente de trabalho.
- XXV - ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXVI - EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no **risco imediato** de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente cooperado da CONTRATADA.
- XXVII - EVENTO:** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.
- XXVIII - EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

São considerados **EXAMES BÁSICOS** de diagnóstico :

- a) análises clínicas;
- b) histocitopatologia;
- c) eletrocardiograma convencional;
- d) eletroencefalograma convencional;
- e) exames radiológicos **simples sem contraste**;
- f) ultra-sonografia;
- g) exames e testes oftalmológicos;
- h) exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** a videolaringoestroboscopia;
- i) prova de função pulmonar.

São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico :

- a) angiografia;
- b) exames e testes alergológicos;

- c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral;
- d) ultra-sonografia com doppler colorido;
- e) tomografia computadorizada;
- f) ressonância nuclear magnética;
- g) medicina nuclear;
- h) desintometria óssea;
- i) teste ergométrico;
- j) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
- k) eletrocardiografia dinâmica (holter);
- l) monitorização ambulatorial da pressão arterial;
- m) radiologia com contraste e intervencionista;
- n) cineangiocoronariografia;
- o) videolaringoestroboscopia computadorizada;
- p) endoscopia ou videoendoscopia diagnóstica;
- q) eletromiografia e eletroneuromiografia.

- XXIX - **GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:** é a relação de serviços (clínicas, hospitais e laboratoriais) próprios, contratados ou credenciados pela operadora.
- XXX - **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA:** é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.
- XXXI - **INSCRIÇÃO:** é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado ao aceite da CONTRATADA.
- XXXII - **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXXIII - **MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, numa cooperativa de trabalho médico que para efeito deste contrato, é o médico cooperado da **UNIMED DE PIRACICABA**.
- XXXIV - **MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- XXXV - **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXVI - **PATOLOGIA:** modalidades orgânicas e ou funcionais decorrentes de doenças no organismo.
- XXXVII - **PLANO:** é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.
- XXXVIII - **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXIX - **PRÓTESE:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XL - **RECURSOS OU SERVIÇOS PRÓPRIOS:** são os serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) mantidos por uma UNIMED.
- XLI - **RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS:** são aqueles

colocados à disposição do usuário pela **CONTRATADA**, para atendimento médico-hospitalar.

XLII - ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998, que referencia os **procedimentos básicos obrigatórios**, individualizados para os planos especificados (**ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência**).

XLIII - SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são considerados:

Radioterapia

Quimioterapia

Implante de Marca Passo

Revascularização do Miocárdio

Cateterismo Cardíaco

Hemodiálise

Ressonância Magnética

XLIV - SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as **UNIMEDs**, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, **associadas entre si ou vinculadas contratualmente**, para a prestação de serviços aos usuários em trânsito, exclusivamente nas condições de urgência e ou emergência disciplinadas por este contrato.

XLV - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

XLVI - UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

XLVII - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional caracterizado em declaração do médico cooperado assistente da **CONTRATADA**.

Art. 7. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) usuários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

Art. 8. O regime de contratação do plano está indicado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, dentro das modalidades deste Título, sob forma de mensalidade pré-fixada.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

Art. 9. Entende-se como planos de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada legalmente e vinculada a pessoa jurídica.

§1º O vínculo referido será de caráter empregatício, abrangendo também dirigentes e sócios da empresa.

§2º O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

§3º A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica de que trata este caput.

Art.10. No plano de contratação coletiva empresarial com número maior ou igual a 50 usuários não serão observadas as obrigações contidas no art. 60, parágrafos de 1 a 7 - TÍTULO X do presente contrato e nem será exigida o cumprimento de prazos de carências.

§1º. O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato, nesta modalidade de contratação, é de 50 usuários.

§2º. No decorrer da vigência do contrato, se a quantidade de usuários ficar abaixo do número mínimo indicado no parágrafo anterior, a CONTRATANTE se obriga a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até dezessete anos de idade, até atingir aquele mínimo, de modo a manter as características do presente contrato.

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11. Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de recursos ou serviços próprios, exclusivamente, ou na impossibilidade deste, nos recursos ou serviços contratados ou credenciados.

§ 1º os procedimentos hospitalares de urgência e ou emergência, serão prestados no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba.

§ 2º caso ocorra alguma patologia que a critério do médico assistente cooperado da contratada, o Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba não possa absorver, a CONTRATADA oferecerá sua rede de hospitais credenciados, dentro da cidade de Piracicaba.

§ 3º Para utilização dos recursos ou serviços contratados ou credenciados, obrigatoriamente o usuário dependerá de prévia autorização da Contratada, salvo nas situações de comprovada urgência/emergência.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 12. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da **PROPOSTA DE ADMISSÃO** e aceitos pela CONTRATADA, após o cumprimento das carências específicas para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

Parágrafo único. Contratada a ampliação da cobertura através dos **MÓDULOS OPCIONAIS**, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 13. Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos, mediante **autorização prévia da CONTRATADA** para realização de todo e qualquer tipo de atendimento (consultas, atendimento ambulatorial, atendimento hospitalar e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia), ressalvados os casos de comprovada urgência/emergência.

§ 1º os procedimentos hospitalares de urgência e ou emergência, serão prestados no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba.

§ 2º caso ocorra alguma patologia que a critério do médico assistente cooperado da contratada, o Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba não possa absorver, a CONTRATADA oferecerá sua rede de

hospitais credenciados, dentro da cidade de Piracicaba.

- § 3º Faculta-se a CONTRATADA, a liberação desta autorização prévia descrita neste caput.
- § 4º O usuário em trânsito, em qualquer cidade brasileira, poderá utilizar os recursos ora contratados através de qualquer UNIMED, **na condição de urgência ou emergência**, respeitando as normas operacionais de cada operadora UNIMED, devendo obrigatoriamente identificar-se conforme artigo 32 deste instrumento.
- § 5º Nas condições de atendimento previstas no parágrafo anterior deste artigo, os valores que ultrapassarem os da **tabela de reembolso da contratada**, mencionada no Artigo 18 deste contrato, serão de responsabilidade do contratante.

Art. 14. A CONTRATADA assegurará aos usuários assistência médico hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica e assistência ao parto, por intermédio de médicos cooperados, serviços hospitalares e ambulatoriais exclusivamente no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba, e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia previsto neste contrato, compreendendo esta prestação de serviços, exclusivamente **na cidade de Piracicaba – SP**, conforme especificados abaixo:

- a) consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico cooperado escolhido, dentre os cooperados da **UNIMED DE PIRACICABA**;
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em **consultórios, clínicas, serviços próprios prioritariamente**, e Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba, e na impossibilidade, nos recursos indicados contratados ou credenciados, através de prévia autorização da CONTRATADA.
- c) exames complementares e serviços auxiliares: **serão prestados exclusivamente através de serviços próprios** mediante solicitação do médico cooperado assistente, ou na impossibilidade, em serviço indicado pela contratada através de autorização prévia.

§ 1º os procedimentos hospitalares de urgência e ou emergência, serão prestados no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba.

§ 2º caso ocorra alguma patologia que a critério do médico assistente cooperado da contratada, o Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba não possa absorver, a CONTRATADA oferecerá sua rede de hospitais credenciados, dentro da cidade de Piracicaba.

§ 3º Não havendo disponibilidade técnica da CONTRATADA para atendimento aos usuários na sua área de atuação, esta os orientará para atendimento em outra UNIMED, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do CONTRATANTE, salvo a obrigação contida no artigo 37 item IV e artigo 39 item XI.

Art. 15. Neste ato é entregue à CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e de serviços contratados ou credenciados.

Art. 16. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 17. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA, ou de serviços próprios contratados ou credenciados de qualquer UNIMED integrante do Sistema Nacional UNIMED.**

Art. 18. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da **Tabela de Referência da UNIMED DE PIRACICABA** vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de todos documentos originais, abaixo discriminados, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do **caput**, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IPC saúde da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 19. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizados enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 20. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO V - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 21. São usuários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Art. 22. São usuários dependentes, com grau de parentesco, afinidade ou dependência econômica em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até 21 anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

CAPÍTULO III - DOS AGREGADOS

Art. 23. São considerados agregados, para efeito deste contrato, o pai, a mãe, o sogro e a sogra do usuário titular.

CAPÍTULO IV - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 24. A CONTRATANTE é obrigado a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 20 (vinte) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

Art. 25. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 26. É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente:**

a) tenha sido cumprido o prazo de carência para parto;

b) a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias a contar do nascimento.

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, **desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção.**

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, **quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato**, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV - dos novos dirigentes, empregados, ou associados, com os mesmos eventuais prazos de carência estabelecidos na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** para os usuários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas as condições específicas das coberturas opcionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Capítulo I do Título XIII, os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados na **PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

V - o dependente legal ou agregado que for inscrito após trinta dias da data da inclusão do usuário titular cumprirá as carências legais.

Art. 27. O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, salvo nos casos do Capítulo V deste Título.

Parágrafo único. A exclusão do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como dos agregados, se houver.

Art. 28. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver

afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

CAPÍTULO V - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

SEÇÃO I - DO DEDITIDO

Art. 29. A CONTRATADA assegura ao usuário titular **que contribuir para o plano contratado**, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão do contrato de trabalho, **sem justa causa**, o direito de manter sua condição de usuário e dos usuários dependentes e agregados a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE**.

§1º. O período de manutenção da condição de usuário será de **um terço do tempo de contribuição** ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. A condição de usuário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

Art. 30. O titular que **não participar financeiramente do plano**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, **não terá direito a cobertura** estabelecida neste Capítulo.

Parágrafo único. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, **não é considerado contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação**, na utilização dos serviços de assistência médica hospitalar.

SEÇÃO II - DO APOSENTADO

Art. 31. A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e **que tiver contribuído para o plano contratado**, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário e dos usuários dependentes e agregados a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE**.

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-á o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 29 e no art. 30.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 32. A CONTRATADA fornecerá aos usuários o **Cartão Individual de Identificação** referente ao plano a que pertencerem, 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 usuários.

Art. 33. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou

ainda, de exclusão, devolver os respectivos **Cartões Individuais de Identificação** e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do **uso indevido** desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

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

§2º. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, 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.

Art. 34. 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.

TÍTULO VII - DO PLANO

Art. 35. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, exclusivamente dentro dos recursos próprios, contratados ou credenciados indicados pela **UNIMED DE PIRACICABA**, nos termos da **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

Parágrafo único. É facultada a opção pelas coberturas de **MÓDULOS OPCIONAIS**, disponíveis sujeitando-se, no entanto, às respectivas condições específicas de cada um deles.

Art. 36. A cobertura básica está discriminada neste Título nos capítulos I e II, que, respectivamente, discriminam o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar com obstetrícia, cuja somatória representa o plano contratado.

CAPÍTULO I - DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 37. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no **Rol de Procedimentos** anexo à Resolução nº 10/98 do CONSU, observada a seguinte abrangência:

- I - cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, exclusivamente no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba.
- III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba.
- IV - cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência,

quando caracterizada pelo médico cooperado assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

- V - a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.
- VI - cobertura para os seguintes **PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E DE ALTA COMPLEXIDADE**.
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - d) hemoterapia;
 - e) cirurgias oftalmológicas.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 38. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

CAPÍTULO II - DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PARA INTERNAÇÃO EXCLUSIVAMENTE NO HOSPITAL E MATERNIDADE UNIMED DE PIRACICABA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Art. 39. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba, dentro dos recursos próprios, contratados ou credenciados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo/padrão enfermaria, ou quarto com acompanhante e banheiro privativo de acordo com a opção e/ou indicação da CONTRATANTE que consta da proposta de admissão anexa a esse contrato, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente da CONTRATADA.
- II - exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, **exceto os não cobertos por esta segmentação**, solicitados pelo médico cooperado assistente da CONTRATADA.
- III - assistência médica através de médicos cooperados.
- IV - medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos solicitados pelo médico assistente da CONTRATADA.
- V - taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico.
- VI - serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.
- VII - utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.
- VIII - unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico cooperado assistente da CONTRATADA.

- IX - alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.
- X - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar.
- XI - despesas com remoção inter-hospitalar do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e atestada pelo médico cooperado assistente da CONTRATADA, de acordo com a abrangência do plano.
- XII - cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
 - a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - b) a urgência será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
- XIII - caso ocorra alguma patologia que a critério do médico assistente cooperado da contratada, o Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba não possa absorver, a CONTRATADA oferecerá sua rede de hospitais credenciados, dentro da cidade de Piracicaba.

Art. 40. Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos considerados especiais e/ou de alta complexidade, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação.

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) remoções em urgências ou emergências inter-hospitalares;
- j) fisioterapia.

Art. 41. Terão cobertura as **Cirurgias Buco-Maxilo-Facial** que necessitem de ambiente hospitalar, decorrentes de **acidentes pessoais**, ocorridos na vigência deste contrato, estando definitivamente excluídos os acidentes do trabalho.

Art. 42. A **Cirurgia Plástica Reparadora** terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de **acidentes pessoais** ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 43. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;

- b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

Parágrafo único. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Art. 44. Durante as internações psiquiátricas, com exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, isento de co-participação, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

Parágrafo único: Quando a CONTRATANTE fizer opção de também co-participar nas despesas para custeio das internações referentes às demais especialidades médicas, não haverá a isenção a que se refere o caput.

Art. 45. Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§1º. As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão isentas de co-participação pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

§2º. As internações de que trata este artigo estarão sujeitas a exclusão por cobertura parcial temporária pelo prazo fixado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

Art. 46. As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Art. 47. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também não inclui:

- a) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- b) despesas de acompanhantes para os usuários com cobertura em acomodação coletiva/enfermagem, exceto a alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- c) produtos de toalete e higiene pessoal;
- d) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- e) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados da **UNIMED DE PIRACICABA**, entidades não autorizadas por esta, ou por hospitais não cobertos por este contrato, mesmo credenciados da CONTRATADA;
- f) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 48. As internações hospitalares serão realizadas no Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba, mediante pedido firmado por médico cooperado da CONTRATADA, e guia de autorização de internação expedida também pela CONTRATADA em favor do usuário a ser atendido.

Parágrafo Único: caso ocorra alguma patologia que a critério do médico assistente cooperado da contratada, o Hospital e Maternidade UNIMED de Piracicaba não possa absorver, a CONTRATADA oferecerá sua rede de hospitais credenciados, dentro da cidade de Piracicaba.

Art. 49. Nos casos de **urgência ou emergência**, o usuário, ou quem por ele responda, terá o **prazo de 2 (dois) dias úteis** contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 50. Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de autorização de internação, o documento de identidade e o Cartão Individual de Identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 51. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 52. Em caso de necessidade de **prorrogação do prazo** de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda deverá apresentar à CONTRATADA solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente da CONTRATADA.

Art. 53. **O pagamento das despesas não cobertas** deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 54. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, **deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares**, conforme negociação direta com o médico e hospital, as quais deverão ser ajustadas antes da realização do serviço.

Art. 55. **A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.**

Art. 56. Para os casos de psiquiatria será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

CAPÍTULO III - DAS EXCLUSÕES

Art. 57. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

- I - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.
- II - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e outros não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.
- III - atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
- IV - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou

emanações nucleares ou ionizantes.

- V - vacinas e medicamentos importados, não nacionalizados e não liberados pelo Ministério da Saúde.
- VI - tratamentos e cirurgias para controle de natalidade e inseminação artificial.
- VII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- VIII - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral.
- IX - medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados, em internações ou em atendimentos em prontos-socorros.
- X - check-up, investigação diagnóstica eletiva em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- XI - exames para piscina e ginástica.
- XII - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico.
- XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
- XIV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.
- XV - despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.
- XVI - implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato.
- XVII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos.
- XVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada.
- XIX - exames admissionais, demissionais, periódicos e outros, relacionados ao PCMSO, conforme NR7 (Norma Regulamentadora 7) editada pelo Ministério do Trabalho.
- XX - tratamento de acidente do trabalho e suas consequências, bem como doenças profissionais, exceto o primeiro atendimento.
- XXI - procedimentos clínicos, cirúrgicos ou auxiliares de diagnóstico e terapia não relacionados no rol de procedimentos da Resolução 10 do CONSU, publicados em 4 de novembro de 1.998.
- XXII - procedimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e tratamento com psicólogo quando não oferecido expressamente neste contrato.

TÍTULO VIII - DAS CARÊNCIAS

Art. 58. O período de carência para cada procedimento ou mesmo para o **MÓDULO OPCIONAL** contratado, está disposto na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** e será contado a partir da vigência do presente contrato.

TÍTULO IX - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 59. Os valores ou percentuais de co-participação para cada procedimento, estão dispostos na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

Parágrafo único: Será de responsabilidade do **CONTRATANTE** o pagamento da co-participação pactuada juntamente com a mensalidade dos procedimentos realizados, no mês anterior da cobrança.

TÍTULO X - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 60. Os Usuários titulares ficam obrigados a informar a **CONTRATADA**, por ocasião das suas inscrições, por si e por seus dependentes e agregados, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

§1º. A informação será prestada, através de **declaração de saúde**, cujo formulário está à disposição do **CONTRATANTE** na sede da **CONTRATADA**, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado em local e horário pré-determinado sem nenhum ônus para o **CONTRATANTE**, ou, a seu critério, com um médico de sua escolha assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§2º. Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

§3º. É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere o §1º.

§4º. Fica a critério da **CONTRATADA** a realização de exame pré-admissional, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

§5º. A constatação, seja através da entrevista qualificada, seja através do exame pré-admissional, da existência de lesão ou doença preexistente, que venha a gerar impacto nos custos da **CONTRATADA**, resultará na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§6º. Fica a critério da **CONTRATADA**, ainda, a solicitação, a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações do **CONTRATANTE**, prestadas por ocasião da celebração do contrato.

§7º. A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, à critério da **CONTRATADA**, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

TÍTULO XI - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Art. 61. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, por usuário os valores relacionados na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** para efeito de inscrição e mensalidade.

Parágrafo único. Eventuais valores de co-participação deverão ser liquidados da mesma forma que as

mensalidades, e serão cobrados no mês seguinte ao atendimento.

Art. 62. As mensalidades serão pagas pela forma de pré-pagamento até seus 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 Os valores para expedição de 2^{as} vias do **Cartão Individual de Identificação**, estarão expressos na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** e serão pagos por ocasião de sua solicitação pela CONTRATANTE.

Art. 63. Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo a CONTRATADA para que não se sujeite as consequências da mora.

Art. 64. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação da manutenção de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 65. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a **variação do IPC saúde da FIPE** (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Art. 66. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES

SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO

Art. 67. Os valores previstos na **PROPOSTA DE ADMISSÃO** foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

Art. 68. Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições serão reajustados anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, conforme fórmula genérica expressa no § 1º deste artigo, que também poderá ser revisto, se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contato.

§1º. O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula: $\text{REAJUSTE} = (\text{DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES} \times \text{RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO} \times \text{ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS}) + (\text{DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA} \times \text{RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO} \times \text{ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS}) + (\text{DESPESAS ADMINISTRATIVAS} \times \text{RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO} \times \text{ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS}) + (\text{SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS})$.

I - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) materiais;
- d) medicamentos.

II - Compõem as despesas administrativas:

- a) salários;
- b) outras despesas.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 69. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do artigo anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IPC saúde da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

Art. 70. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos opcionais, terão o primeiro reajuste, proporcional, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

Parágrafo único. Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste Capítulo.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 71. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada usuário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a **contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente**, no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

Art. 72. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- a) 1ª - até 17 (dezessete) anos;
- b) 2ª - de 18 (dezoito) a 29 (vinte nove) anos;
- c) 3ª - de 30 (trinta) a 39 (trinta nove) anos;
- d) 4ª - de 40 (quarenta) a 49 (quarenta nove) anos;
- e) 5ª - de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta nove) anos;
- f) 6ª - de 60 (sessenta) a 69 (sessenta nove) anos;
- g) 7ª - 70 (setenta) anos ou mais.

Art. 73. 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 deste Capítulo.

Art. 74. Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido no plano por pelo menos

10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO XII - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Art. 75. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 76. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do Cartão Individual de Identificação da CONTRATADA;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no art. 27.

Art. 77. Antes do término do prazo mínimo fixado na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, é facultado à 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.

§1º. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

Art. 78. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

Art. 79. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, 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.

TÍTULO XIII - DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

CAPÍTULO I - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Art. 80. Ocorrendo o falecimento do usuário titular os seus dependentes legais terão direito a atendimento Médico Hospitalar de acordo com a cobertura prevista neste contrato, gratuitamente, pelo espaço de 5 anos sem o pagamento da mensalidade contados a partir da comunicação e entrega de documentação relativas ao Óbito à CONTRATADA.

Parágrafo único. Para que os benefícios previstos no artigo anterior prevaleçam, deverão ser observados as seguintes formalidades.

§1º. o usuário titular deverá Ter idade inferior a 60 (sessenta) anos na data em que for inscrito pelo CONTRATANTE no cadastro da CONTRATADA.

§2º. o usuário titular deverá estar inscrito no cadastro da CONTRATADA pelo **prazo mínimo de 12 (doze) meses**, prevalecendo igualmente tais condições também para os dependentes sem o que não terão direito ao PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL PEA.

Art. 81. O usuário titular que deixar de pertencer ao quadro de funcionários da CONTRATANTE estará automaticamente excluído do PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL PEA.

Art. 82. O usuário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do usuário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, **não terá direito ao PEA.**

Art. 83. Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

Art. 84. O benefício previsto neste Capítulo fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

§1º. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos no **caput**, ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o usuário titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades.

§2º. Os valores pagos nos termos do parágrafo anterior, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

Art. 85. Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

Art. 86. O direito à Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

TÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 87. 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.

Art. 88. 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.

Parágrafo único: Nos casos de usuários internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar, desde que não haja possibilidade para transferência hospitalar.

Art. 89. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 90. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

Art. 91. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 92. O CONTRATANTE, por si e pelos usuários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos oficiais de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 93. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a PROPOSTA DE ADMISSÃO e demais anexos firmados pelos contratantes.

Art. 94. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Parágrafo único: Desde que haja prévia avaliação entre as partes, a cobertura contratual poderá ser ampliada através de aditamentos contratuais ou executado serviços não objeto do contrato na modalidade de CUSTO OPERACIONAL, mediante específico pagamento por parte do CONTRATANTE e anuência da CONTRATADA.

Art. 95. 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.

Art. 96. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até 30/11/98, 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.



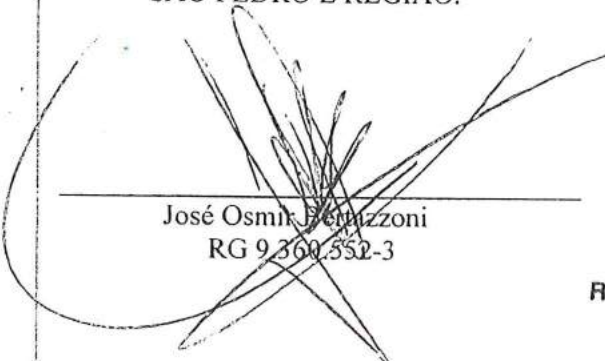
Por estarem assim, justos e contratados, firmam a **PROPOSTA DE ADMISSÃO** que é parte integrante deste instrumento.

O contrato ora pactuado, está de acordo com a lei nº 9656/98, de 03 de junho de 1.998, que versa em seu artigo 1º "Submetem-se as disposições dessa Lei, as Pessoas Jurídicas de direito privado que operam Planos ou Seguros privados de Assistência a Saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade".

A **UNIMED DE PIRACICABA** – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos é uma cooperativa de trabalho médico fundada em 14 de dezembro de 1.970, em conformidade com a Lei 5764/71 – Lei do Cooperativismo.

Piracicaba, 02 de Janeiro de 2000.

**SINDICATO DOS TRABALHADORES
MUNICIPAIS DE PIRACICABA
SÃO PEDRO E REGIÃO.**



José Osmir Benazzoni
RG 9.360.552-3

UNIMED DE PIRACICABA
Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos



Dr. Paulo Tadeu Falangho
Presidente
RG 5.983.185 - CPF 842.817.748-15



Dr. Euclides A. Montagnani Jr.
Vice-Presidente / Diretor Comercial
R.G. 7.708.926 - CPF 028.083.248-63

TESTEMUNHAS