

**I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

**UNIMED FRANCA - COOPERATIVA DE SERVIÇOS  
MÉDICOS E HOSPITALARES**

CNPJ - 45.309.606/0001-41

Registro na ANS sob o nº 35478-3

Cooperativa médica

Rua: Edward Scarabucci Teixeira, 1691 - Jardim Célio Cerqueira Franca - SP CEP 14403-411

Endereço para correspondência e centro administrativo: Rua: General Carneiro, 1595

CEP 14.400-500

P184

**II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

Razão Social e Nome Fantasia, se houver:

*Sindicato dos Farmacêuticos de Franca e Região.*

CNPJ: 32.938.006/0001-53

Inscrição estadual: Sento.

Endereço: Avenida Major Nicanor, 1306

Bairro: Vila Siqueira Campos CEP: 14.400-850

Cidade: Franca

Telefone: (06) 3121-0290

Cidade: Franca

Representante Legal: *Adriano Mário Marques Pires*

RG: 16.409.656-5

CPF: 062.556.688-24

Endereço do representante legal: *Rua Alberto de Aguiar, 621*

Bairro: *fd. Califórnia*

Cidade: Franca

**III - OBJETO DO CONTRATO**

O objeto do presente contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, a preço pré-estabelecido, com finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar à saúde dos USUÁRIOS indicados neste contrato, nos termos e limites das cláusulas e condições estipuladas neste instrumento.

de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir ajustadas.

**V - NOME COMERCIAL E REGISTRO NA ANS**

O presente plano é denominado comercialmente de ALPHA qto coletivo c/moderação 20% + coparticipação R\$ 100,00 p/dia e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 407.339/99-8.

**VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO**

O tipo de contratação é coletiva por adesão.

**VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

A segmentação assistencial do presente plano é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

**IV - NATUREZA DO CONTRATO**

Por este instrumento particular, bilateral, oneroso e de adesão, que gera direitos e obrigações às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil vigente, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e UNIMED, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação

6123

### VIII – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência desse contrato é classificada como grupo de municípios. Municípios: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista, Buritizal.

### IX – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

O presente plano de assistência à saúde tem cobertura médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em acomodação coletiva e CTI, se for o caso. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nesses moldes do contrato, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, se disponível.

### X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, os empregados, diretores, associados e sindicalizados da CONTRATANTE e seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

#### 1) Usuário Titular

São considerados Usuários Titulares, os empregados, diretores, sindicalizados e associados da CONTRATANTE expressamente cadastrados no contrato.

O cadastro será realizado todo dia 1º de cada mês data em que também deverá ocorrer a adesão do usuário.

#### 2) Dependentes

Serão considerados Usuários Dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
- c) Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade;
- d) Filhos (as) solteiros (as) / cônjuges inválidos (as) (mediante comprovação de dependência pelo INSS);
- e) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;
- f) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos;
- g) Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda o menor que, por decisão judicial esteja

sob tutela, e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

h) Filhos (as) de Usuários Dependentes nascidos na vigência deste contrato.

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

2.2) A CONTRATANTE comunicará por escrito à CONTRATADA, por meio de ficha cadastral ou meio eletrônico, nos termos das normas da CONTRATADA e expressamente aceitas, por escrito, pela CONTRATANTE, as inclusões de novos usuários até o dia 15 (quinze) de cada mês, as alterações, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.

#### 3) Inclusão de dependentes:

##### 3.1) Filhos

A inclusão de filhos do usuário segue as seguintes regras:

a) Os filhos de usuários, nascidos na vigência deste Contrato, serão considerados Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, por ficha cadastral de usuário, documento válido que a substitua ou por meio magnético, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade.

b) Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo beneficiário adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

c) Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos no item "Carências".

d) Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de usuário que tenha cumprido carência para parto a termo, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhe garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do pai ou da mãe, assim como estará garantida a sua inscrição na CONTRATADA sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravos.

e) Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de

usuário que não tenha cumprido carência para parto a termo, serão aproveitados os prazos de carência cumpridos pelo pai ou mãe, sem a necessidade de cumprimento de todo o período de carência imposto aos novos beneficiários.

**4) Cônjugue ou companheiro (a)**

- a) Nenhum "Pedido de alteração" será aceito se o nome do dependente não constar na relação inicial aprovada pela contratada, ressalvadas as inclusões por casamento, nascimentos ou adoção, no decorrer do contrato.
- b) O titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.
- c) Na hipótese de ocorrência de casamento ou união estável devidamente comprovada, durante a vigência do contrato, o cônjuge ou o companheiro deverá preencher proposta de admissão e declaração de saúde para análise por parte da CONTRATADA.
- d) O usuário titular, cônjuge, companheiro admitido e demais usuários estarão sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste contrato.

**XI – COBERTURAS**

A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos da ANS e na forma definida pelas diretrizes para cobertura assistencial.

**1) Consultas**

São asseguradas consultas médicas sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**2) Atendimento ambulatorial**

2.1) Os Usuários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos

ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados preferencialmente pelo médico cooperado, salvo aqueles excluídos pelo item "Exclusões de Cobertura".

2.2) Terão direito, ainda, os usuários aos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

**3) Internação hospitalar**

3.1) As internações deverão ser autorizadas pela CONTRATADA sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação coletiva ou UTI - Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

3.2) As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, assim discriminados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.3) A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas de internações hospitalares em hospitais credenciados pela CONTRATADA, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, dela credenciadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, cobertura de despesas referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente.

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

3.5) É de responsabilidade da CONTRATADA a prestação dos serviços de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução do tratamento e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.6) Aos usuários serão garantidos os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b) quimioterapia;
  - c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante 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) fisioterapia;
  - j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.
- 3.7) Tratando-se de Usuário menor de (18) dezoito anos, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital.
- 3.8) Nas emergências clínicas ou cirúrgicas a assistência médica será prestada por plantonistas dos hospitais e pronto-socorros.

#### **4) Atendimento obstétrico**

- a) A CONTRATADA assegurará o atendimento obstétrico, na rede por ele mantida ou credenciada, na sua área de atuação, observando as carências previstas neste contrato, através da emissão prévia de guia de internação hospitalar.
- b) Nos casos de urgência e emergência a guia será providenciada pelo hospital prestador de serviços junto à CONTRATADA.
- c) Nas internações obstétricas de urgência e emergência a assistência médica poderá ser prestada por plantonistas dos hospitais credenciados.

#### **5) Transplantes**

5.1) Os Usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, em conformidade com a Resolução do CONSU nº 12/98, próteses, órteses que deverão ser reconhecidas pela ANVISA, quando ligados ao ato cirúrgico. No caso de transplantes, a cobertura se estende:

- a) As despesas de assistência médica com os doadores vivos;
- b) Aos medicamentos utilizados durante a internação;

- c) Ao acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao SUS.

5.2) Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998, que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98 e com a Resolução do CONSU nº 12/98.

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

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

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

#### **6) Psiquiatria**

6.1) Nos casos de transtornos psiquiátricos, o Usuário terá direito a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissionais médicos cooperados da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato (sessões não cumulativas, ou seja, direito a 12 [doze] sessões a cada ano de contrato).

6.2) Cobertura total aos atendimentos ambulatoriais clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os

procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

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

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

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

6.6) No caso de transtornos psiquiátricos, o presente contrato assegura:

- a) o custeio integral de 30 dias de internação por ano de contrato (não cumulativo); em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o Usuário em situação de crise;
- b) o custeio integral de 15 dias de internação por ano de contrato (não cumulativo); em hospital geral, sendo o Usuário portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

**6.7) Havendo utilização maior que o número de dias estabelecido nos itens acima durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada co-participação por dia de internação. A Co-participação será de 30% do valor da internação, será estipulado no momento da contratação, obedecendo sempre aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS que estiverem em vigência à época da contratação.**

#### 7) Outras garantias

7.1) O presente contrato abrange o atendimento em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

7.2) É garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

7.3) A cirurgia plástica reparadora é garantida, excetuada a de fim estético.

A cirurgia buco-maxilo-facial não estética somente terá cobertura contratual para aqueles procedimentos que, necessitem de ambiente hospitalar, conforme o artigo 5º, inciso I, da Resolução nº. 10 do CONSU, excluindo-se as ocorrências odontológicas.

7.4) Cabe à CONTRATADA, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se dos meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

7.5) Nos casos caracterizados como acidentes do trabalho, a CONTRATADA garantirá o primeiro atendimento ambulatorial ao usuário; através de seus pronto-socorros credenciados, em seguida, o usuário será encaminhado pela CONTRATADA aos serviços públicos de saúde. Será obrigação da empregadora do USUÁRIO a comunicação do acidente de trabalho à Previdência Social, consoante artigo 142 e Seção III, do Regulamento de Benefícios da Previdência Social (Decreto 357 de 07/12/91 - Lei 8.213 de 24/07/91); ficando a CONTRATADA, o médico assistente e os serviços credenciados, isentos de qualquer responsabilidade em relação a essa comunicação. Caberá ao corpo clínico dos hospitais, o preenchimento da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, emitida e enviada pela CONTRATANTE.

#### XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura deste contrato:

- a) Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais;
- b) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- c) Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;
- d) Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- e) Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) Cirurgias para mudança de sexo;
- g) Cirurgias plásticas não reparadoras, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive esclerose de varizes;
- h) Cirurgias refrativas que não as as

prescritas no rol da ANS;

- i) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- j) Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- k) Exames admissionais, demissionais e periódicos, relativos à Medicina Ocupacional;
- l) Exames não reconhecidos pela ANVISA até a data da assinatura deste contrato;
- m) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- n) Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- o) Internações e demais despesas efetuadas exclusivamente para realização de exames de diagnóstico sem justificativa médica;
- p) Lentes para correção de distúrbios da acuidade visual, aparelhos para correção da acuidade auditiva;
- q) Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- r) Medicamentos de uso domiciliar;
- s) Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- t) Perfil biofísico;
- u) Quaisquer despesas no período das carências previstas;
- v) Quaisquer exames, terapias e procedimentos não prescritos no rol de procedimentos e ditado pela ANS ou nele previstos mas de forma diversa às diretrizes;
- x) Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- w) Vacinas;
- y) Tratamentos para controle de natalidade;
- z) Vacinas ou medicamentos importados não nacionalizados mesmo em caso de internação hospitalar;
- z1) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos.

### **XIII – VIGÊNCIA**

Este contrato é assinado pelo período de 12 (doze) meses, passando a vigorar após sua assinatura.

### **XIV – RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

Este contrato será automaticamente prorrogado pelo período de 12 meses, se não notificado expressamente por uma das partes com 30 (trinta) dias de antecedência do vencimento do contrato.

Não há cobrança de quaisquer valores para renovação contratual.

### **XV – PERÍODOS DE CARÊNCIA CARÊNCIAS PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Os usuários regularmente inscritos sujeitam-se aos períodos de CARÊNCIA abaixo, contados a partir da assinatura do contrato, durante os quais não haverá cobertura dos eventos mencionados.

Cobertura	Carência
Urgência e Emergência.....	24 horas
Consultas.....	30 dias
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia.....	180 dias
Internações Clínica, Pediátrica e Cirúrgia Programada.....	180 dias
Internações Obstétricas para Partos a Termo.....	300 dias
Demais Procedimentos Previstos no Contrato.....	180 dias

### **XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 1) As inscrições efetivadas no início do contrato, bem como as oscilações ocorridas durante a vigência contratual determinarão as condições exigidas pela CONTRATADA para a cobertura de doenças/lesões preexistentes, conforme o disposto a seguir:
  - a) Caso o número de inscrições da massa inicial seja inferior a 50 (cinquenta) usuários, o Usuário titular deve preencher e assinar Declaração de Saúde e informar por si e por seus dependentes, ser convededor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.
  - b) A informação será prestada através de declaração de saúde, cujo formulário está à disposição do usuário titular na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o usuário titular. Caso este queira, poderá ser realizada uma 2ª entrevista com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas, daí decorrentes.
  - c) Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação; sob pena de sua omissão caracterizar fraude contratual.
  - d) Este instrumento não será firmado sem a

apresentação da declaração de saúde e cumprimento das demais condições de admissão precisas neste contrato.

f) Fica a critério da CONTRATADA a realização de exame pré-admissional, em seguida à entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preeexistentes.

g) Usuário titular ou dependente admitido pela contratada que seja portador de lesão ou doença preeexistente, estará sujeito a cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, período no qual não haverá cobertura pra procedimentos ligados à(s) lesão(ões) ou doença(s) preeexistente(s).

h) Em caso de existência de doença e lesão preeexistente, o usuário poderá optar pelo agravo ou deverá cumprir o período de cobertura parcial temporária, com prazos prazos definidos conforme a legislação em vigor, para todos os procedimentos relacionados a esta(s) doença(s) ou lesão(ões) preeexistente(s).

i) A cobertura parcial temporária admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às doenças e lesões preeistentes.

j) A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, após análise da ANS, ficando o usuário titular obrigado a ressarcir a contratada por todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preeistentes, devendo o usuário ser notificado previamente pela CONTRATADA para que ocorra o reembolso aqui previsto.

k) Para fins do procedimento citado no item anterior, A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para comprovação da alegação de existência de doença e lesão preeexistente. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro, o consumidor terá que ser comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

l) Caso o consumidor não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se o solicitado pela ANS, o

consumidor deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

m) Após o julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preeexistente, desde a data da efetiva comunicação da CONTRATADA ao usuário. Não será suspenso o contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

n) Ao filho recém-nascido de usuário que já cumpriu os prazos de carência para partos a termo não caberá qualquer alegação de doença preeexistente, sendo-lhe garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do usuário pai ou mãe, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo, observando-se o disposto nas cláusulas "da admissão" e "cobertura".

## XVII – URGENCIA E EMERGENCIA

1) São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, segundo critério médico.

2) São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

3) Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o USUÁRIO ou para terceiros, incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

4) Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento preferencialmente junto aos serviços de pronto socorro credenciados pela CONTRATADA, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto, apresentar o cartão de identificação de USUÁRIO e documento de identidade.

5) Os atendimentos de urgência e emergência serão realizados em todo território nacional, com exceção dos hospitais de tabela própria e os mencionados no item "mecanismos de regulação".

6) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preeistentes, e de urgência ou

**COLETIVO POR ADESÃO ALPHA - 407.339/99-8**

emergência, nos casos de complicações gestacionais, no período de carência para cobertura obstétrica, a cobertura ficará limitada até as primeiras 12 horas do atendimento.

7) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de complicações gestacionais e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar em carência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do USUÁRIO TITULAR, não cabendo ônus à CONTRATADA.

8) A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, dentro do território nacional, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, exceto em hospitais de tabela própria, elencados no item "mecanismos de regulação".

9) O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários e a tabela praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados em vigor.

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

- a) Solicitação de reembolso, através de preenchimento de formulário próprio.
- b) Relatório do médico assistente, declarando com justificativas o nome do paciente, descrição do tratamento com justificativas dos procedimentos realizados, data do atendimento e quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
- d) Recibos individualizados de honorários de 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.

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

12) Nos casos em que a CONTRATADA estiver impossibilitada de prestar as coberturas contratuais prevista neste instrumento ao usuário por inexistência de serviço credenciado em sua área de atuação, estas serão prestadas através de serviço indicado pela CONTRATADA.

13) Para usuários repassados para outra área de atuação que não da CONTRATADA são assegurados o atendimento de acordo com os moldes do contrato equivalente da Unimed de destino.

14) A CONTRATADA DEVERÁ SER COMUNICADA OBRIGATORIAMENTE PELO USUÁRIO, NO MÁXIMO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO ATENDIMENTO, PARA CONHECIMENTO E ADOÇÃO DE PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS.

15) A CONTRATADA não se responsabiliza pelos pagamentos de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratual ou, ainda, não cobertos mas utilizados, por erro ou dolo.

**XVIII – REMOÇÃO**

1) A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou carência a ser cumprida, ou em razão de acordo por cobertura parcial temporária.

2) Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

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

4) O presente contrato dá cobertura ao serviço de

remoção inter-hospitalar por via terrestre, comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato.

5) Os serviços de atendimento de remoção inter hospitalar, englobam a remoção dos usuários, decidida unicamente por critério médico, por meio de ambulância ou UTI móvel (sempre via terrestre) do local do primeiro atendimento, desde que inserido dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, para um centro de referência credenciado ou rede hospitalar credenciada.

## XIX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### 1) Co-participação

Para ter direito aos serviços contratados, o Usuário titular pagará a CONTRATADA, a mensalidade calculada em função de cada Usuário inscrito (titular e dependente), cujos valores constam em anexo I, considerando-se a respectiva faixa etária.

Serão de responsabilidade do Usuário titular o pagamento de co-participação sobre a utilização de:

- a) CONSULTAS EM CONSULTÓRIO E UNIDADE DE EMERGÊNCIA
- b) EXAMES COMPLEMENTARES E SADTs: (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias) pertencentes ao:
  - b 1) Grupo I (Alta complexidade);
  - b 2) Grupo II (Baixa complexidade);
- c) DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E FISIOTERAPIAS.

Os valores referentes à co-participação constam no Anexo I e deverão obedecer ao teto estabelecido pelos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.

### 2) Condições de atendimento ao usuário

- a) Para ter direito aos serviços objeto deste contrato, os Usuários Titulares e Dependentes deverão cumprir os períodos de carências ajustados no item "Carências", e observar a necessidade da obtenção de autorização.
- b) Para fins de atendimento, a CONTRATADA expedirá carteira de identificação aos Usuários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.
- c) Os serviços e outros atendimentos objeto da

contratação serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA, somente aos Usuários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência na forma da Lei n.º 9.656/98.

d) Para obtenção da autorização prévia para realização de procedimentos e exames, o beneficiário deverá dirigir-se até os postos de atendimento da CONTRATADA e apresentar o pedido médico. Nesses casos, a CONTRATADA garantirá ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

e) De posse da autorização, o beneficiário poderá realizar o procedimento ou exame.

f) Nos casos de urgência ou emergência não serão utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

g) Será garantido, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhidos de comum acordo pelos dois outros médicos, sendo que caso haja cobrança de honorários esta deve ser suportada pela CONTRATADA.

h) Nas consultas de rotina, o Usuário será atendido pelo médico credenciado, no horário normal de consulta, competindo ao Usuário exercer a livre opção entre os médicos credenciados da operadora, sem necessidade de se dirigir até a operadora para solicitar autorização. Nesse caso, a autorização será obtida diretamente no consultório médico, no horário da consulta.

i) As órteses e próteses necessárias nos procedimentos e exames garantidos pela CONTRATADA serão objeto de auditoria médica prévia e serão autorizadas com fundamento nos estudos de medicina baseada em evidências.

### 3) Hospitais e serviços credenciados

- 3.1) A operadora CONTRATADA disponibilizará "Guia Médico", onde constarão:
- a) Relação dos médicos, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;
  - b) Relação de serviços contratados ambulatoriais

**COLETIVO POR ADESÃO ALPHA – 407.339/99-8**

de diagnóstico e terapia;

3.2) Faculta-se à CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento devendo comunicar as alterações à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos do artigo 17, §§ 1º e 4º da Lei nº 9.656/98.

3.3) É facultada a substituição de entidade hospitalar, a desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

3.4) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante o período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. Exetuam-se dessa hipótese os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

3.5) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA solicitará à ANS autorização expressa para tanto, informando:

- a) Nome da entidade a ser excluída;
- b) Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- c) Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- d) Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o usuário.
- e) A responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do USUÁRIO TITULAR o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

3.6). Embora os hospitais abaixo relacionados façam parte da rede contratada de outras UNIMEDs, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTE CONTRATO:

Campina Grande/PB: Clínica de Olhos Francisco Pinto;

Caxias do Sul/RS: Hospital Saúde Ltda., Hospital Dr. Del Mese Ltda., Hospital N.S. Mediânea do Círculo Operário Caxiense;

Guarulhos/SP: Hospital Carlos Chagas S/A.;

Porto Alegre/RS: Soc. Educ. e Benef. do Sul (Hospital Mãe de Deus); Hospital Moinhos de Vento;

Recife/PE: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospital Santa Joana, Hospital Memorial São José;

Rio de Janeiro/RJ: DH Day Hospital, Hosp Barra D'or Medise, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., Prontocor Pronto Socorro CL, CS Laranjeiras, Igase Hosp São Lucas, CL Bambina, C.S. São José, CL Ped da Barra;

Salvador/BA: Hospital CPI (pediátrico), Hospital Aliança, Hospital Espanhol (Hospital São Rafael), Hospital Português, Fundação José Silveira (Hospital Santo Amaro), Hospital Salvador, Clínica Infantil de Urgência Ltda.(Probaby), Monte Tabor Hospital (Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária);

São Bernardo do Campo/SP: Neomater SC Ltda., Hospital Príncipe Humberto S/A., Hospital Maternidade Assunção S/A.;

São José do Rio Preto/SP: Sociedade Portuguesa de Beneficência;

São Paulo/SP: Incor (Instituto do Coração), Hospital Anchieta S/A., Hosp. e Mat. Santa Joana S/A., Hospital Albert Einstein, Hosp. e Mat. São Luiz, Hospital Nove de Julho S/A., Hospital Santa Catarina, Fund. Antônio Prudente (Hosp. A. C. Carmargo), P S Infantil Sabará S/A., Pró-Matre Paulista S/A., Hospital Sírio Libanês, Beneficência Portuguesa;

Uberaba/MG: Hospital São Marcos, Hospital e Maternidade São Domingos.

A CONTRATADA se reserva no direito de acrescentar à lista acima, QUE NÃO É EXAUSTIVA, novos estabelecimentos que se enquadrem na categoria de hospitais de alto custo e operantes de tabela própria.

**XX – FORMAÇÃO DO PREÇO**

A forma de pagamento pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecida, ou seja, o valor da

contraprestação pecuniária é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas.

#### **XXI – PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

- a) Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, quer seja da mensalidade, quer seja da co-participação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a tabela do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
- b) Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da CONTRATADA, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A CONTRATADA não autoriza qualquer acordo entre os usuários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.
- c) As mensalidades e quaisquer outras cobranças deverão ser pagas exclusivamente por rede bancária, sendo obrigação da CONTRATADA encaminhar os boletos para pagamento, juntamente com a fatura com discriminação do débito, na sede da CONTRATANTE; ou diretamente no endereço do USUÁRIO titular, em tempo hábil, conforme opção da CONTRATANTE no ANEXO I.
- Em qualquer hipótese o pagamento da mensalidade será responsabilidade do Usuário titular.
- d) Serão pagas, ainda, pelos beneficiários da CONTRATANTE, distinta, vencível até o dia 15 de cada mês, todas despesas havidas a título de co-participação.

#### **XXII – REAJUSTE**

- Todos os preços desse contrato serão reajustados:
- a) Por critério financeiro automaticamente, a cada período de 12 (doze) meses, de acordo com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado), publicado pela Fundação Getúlio Vargas; Por critério técnico sempre que for necessário em função de reavaliação de cálculos atuariais.
- b) A periodicidade prevista na cláusula anterior será alterada, para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no artigo 28, da Lei nº 9.069, de 29.06.95.

c) Para fins deste contrato reajuste por critério financeiro é a atualização das contraprestações pecuniárias decorrentes da variação dos custos médicos e/ou hospitalares e das despesas administrativas da CONTRATADA.

d) O reajuste por critério técnico é a reavaliação das contraprestações pecuniárias decorrentes de alteração do nível de sinistralidade do plano.

e) Os reajustes são cumuláveis.

f) O presente contrato poderá ser reajustado ainda, a qualquer tempo, em função de reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes, com comunicação a ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado e à demonstração analítica da variação de componentes de custos, devidamente justificada, e também o equilíbrio econômico-financeiro bem como a viabilidade da continuidade deste contrato.

#### **XXIII – FAIXAS ETÁRIAS**

Para fins desse contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 63/2003, editada pela ANS:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL DE AUMENTO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA %
0 a 18 anos	%
19 a 23 anos	%
24 a 28 anos	%
29 a 33 anos	%
34 a 38 anos	%
39 a 43 anos	%
44 a 48 anos	%
49 a 53 anos	%
54 a 58 anos	%
Acima de 59 anos	%

1) As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o usuário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos usuários deste contrato dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada usuário.

2) A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária que incidirá sobre o preço pago pelo usuário não se confunde com o reajuste pela variação de

custos.

3) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

#### XXIV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS COLETIVOS

1) Nos casos de ex-empregados, quando da rescisão de contrato ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao Usuário Titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que já contribuisse no plano contratado e ainda assumindo o pagamento integral da mensalidade, conforme determinação da legislação em vigor.

1a) O período de manutenção da condição de Usuário a que se refere o subitem anterior será de um terço do tempo de permanência no plano mantido pela CONTRATANTE, não podendo ser inferior a 6 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, e cessará quando da admissão em novo emprego.

1b) A manutenção assegurada nos itens anteriores desta Cláusula se estende aos Usuários Dependentes.

2) Ocorrendo a aposentadoria do Usuário Titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde da CONTRATANTE há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade por prazo indeterminado, cessando quando da admissão em novo emprego.

2a) Caso o período de permanência no plano coletivo seja inferior aos 10 (dez) anos, a manutenção do plano de saúde aqui assegurada terá a duração de 01 (um) ano para cada ano em que se manteve contribuindo para o plano de saúde da CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

2b) A manutenção assegurada se estende aos Usuários Dependentes.

3) O disposto neste item aplicar-se-á somente para ex-funcionários: aposentados; demitidos ou

exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensão àqueles Usuários Titulares com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação.

4) Entende-se como planos de assistência à saúde de contratação coletiva por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados; com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

5) No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinqüenta), não haverá cláusula de agravio ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, mas será exigido o cumprimento de prazos de carência.

6) No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinqüenta), haverá cláusula de agravio ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, e será exigido o cumprimento de prazos de carência.

7) No caso de cancelamento desse contrato, será disponibilizado ao beneficiário plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

#### XXV – CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO

O contrato ora formalizado destina-se a atender a massa de usuários empregados, funcionários, ativos ou inativos (aposentados ou demitidos sem justa causa) ou a sindicalizados e associados da CONTRATANTE.

#### XXVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

São formas de perda da qualidade de beneficiário:

##### 1) Exclusão de usuário titular

A exclusão de usuário titular, a pedido da CONTRATANTE, cancelará automaticamente a inscrição de todos os seus respectivos dependentes, obrigando-se a devolver todas as carteiras de identificação à CONTRATADA.

##### 2) Óbito do Titular

Ocorrendo óbito do titular, o cônjuge supérstite (viúvo) comunicará automaticamente à CONTRATADA, passando à condição de usuário titular, assumindo integralmente o contrato.

Não havendo interesse do cônjuge supérstite em assumir o contrato, o mesmo deverá notificar imediatamente à CONTRATADA, sendo que assim haverá a rescisão contratual, ressalvado o direito da CONTRATADA de receber os créditos decorrentes deste contrato.

### 3) Separação de Corpos, Separação Judicial, Dissolução da União Estável

A separação de corpos, separação judicial e a dissolução da união estável, retiram do cônjuge/companheiro o direito de permanecer no contrato na situação de dependente.

### 4) Maioridade do dependente

A maioridade ou emancipação dos USUÁRIOS DEPENDENTES ou o prazo final da tutela e da curatela acarretará a perda de qualidade de USUÁRIO DEPENDENTE.

Os filhos e filhas citados neste item poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias da perda do direito de uso, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Se a inscrição se der após o prazo de 30 (trinta) dias, os usuários dependentes cumprirão as carências normais no novo plano que contratar.

## XXVII – RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO

1) O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a rescisão do presente contrato.

2) A suspensão do contrato poderá ocorrer a partir do 5º dia útil seguinte ao atraso, com comunicação prévia ao USUÁRIO TITULAR.

3) Este Contrato poderá ser rescindido a qualquer momento QUANDO:

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

b) Por conduta fraudulenta da CONTRATANTE ou de qualquer usuário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela

omissiva ou comissiva.

4) Poderá ocorrer a denúncia unilateral por parte da UNIMED por motivos de inelegibilidade, ou de perdas do direito de titularidade ou dependência, ressalvado nos casos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

5) No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes e eventuais perdas e danos.

## XXVIII – SERVIÇOS ADICIONAIS

### 1) Urgência e emergência no território nacional

1.1) É assegurado ao USUÁRIO o atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, de acordo com as disposições deste contrato, na forma estabelecida no item "urgência e emergência".

1.2) A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, dentro do território nacional, das despesas efetuadas pelo usuário, com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, exceto em hospitais de tabela própria, elencados no item dos "mecanismos de regulação".

1.3) O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, tendo por referência a tabela de remuneração de honorários e a tabela praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados em vigor.

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

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

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

c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou

recibos do hospital.

d) Recibos individualizados de honorários de 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.

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

## 2) Do atendimento de remoção pré-hospitalar

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

2.2) Os serviços previstos acima serão prestados exclusivamente na área de atuação da Unimed Franca.

2.3) O atendimento será realizado nos casos de emergência detectados pela Central de Atendimento denominada de "UNIMED" que será operada pelo PRESTADOR para a prestação dos serviços, e especialmente na ocorrência das seguintes patologias:

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

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

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

d) Neurologia: - Acidente vascular cerebral isquêmicos ou hemorrágicos (fase aguda); - Traumatismo Crânio-Encefálico (fase aguda);

Traumatismo raquímedular (fase aguda); - aneurismas intracranianos rotos; - crises convulsivas de qualquer etiologia; - hipertensão intracraniana aguda;

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

f) Nefrologia: - Insuficiência Renal Aguda;

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

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

i) Outros: - cetoacidose diabética; - crise tireotóxica; - hipoglicemia severa.

## 3) Das obrigações das partes em caso de remoção

a) Compromete-se a CONTRATADA a manter nas dependências do PRESTADOR, Central de Atendimento Telefônico, 24 horas por dia, para atendimento das chamadas dos usuários. A CONTRATADA fará, também, com que o PRESTADOR mantenha profissional médico, 24 horas por dia, disponível em algumas de suas centrais para, se necessário, fornecer orientações telefônicas aos usuários inscritos;

b) Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência/emergência, ou pela dificuldade de se chegar ao local, por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereça risco aos profissionais do PRESTADOR, entre outras, for manifestada a

impossibilidade de atendimento do usuário em prazo adequado, deverá o usuário ou seu responsável procurar o local mais próximo de pronto atendimento médico credenciado, constante no manual do usuário e guia médico, até que os profissionais do PRESTADOR tenham condições de se dirigir ao local para onde foi encaminhado o usuário.

c) Será lícito ao PRESTADOR, se for necessário em virtude das condições do usuário, removê-lo para estabelecimento hospitalar credenciado mais próximo.

## XXIX – DISPOSIÇÕES GERAIS

1) As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54 parágrafo 3º do CDC, que a responsabilidade da UNIMED limita-se à relação de serviços enumerados no item "Cobertura", considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos usuários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados neste contrato e no rol de procedimentos editado pela ANS e suas alterações posteriores não tem cobertura neste contrato.

2) A CONTRATANTE obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos usuários, bem como inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente até o dia 15 de cada mês, nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB editados pela ANS.

3) A CONTRATANTE expressamente declara e autoriza a UNIMED a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento do Prontuário Eletrônico alocado em seu Portal, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos usuários da CONTRATANTE, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse, estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se a CONTRATANTE em

Franca, 01 de Janeiro

obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.

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

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

6) A utilização dos serviços em desconformidade com as regras pactuadas neste instrumento será de responsabilidade exclusiva dos USUÁRIOS, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato serão considerados título extrajudicial capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

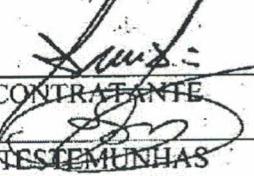
7) Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) USUÁRIO TITULAR deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

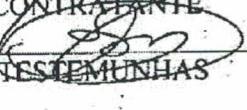
8) Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, Cartão de Identificação, Boleto Mensal, Entrevista Qualificada, Exame Médico quando for o caso, a Declaração do Estado de Saúde do titular e dependentes, permanecendo sempre integras as cláusulas e condições ora contratadas.

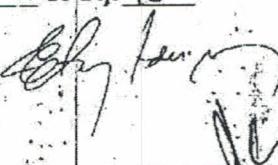
## XXX – FÓRUM

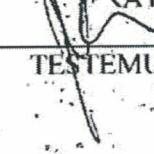
Fica eleito o Fórum da cidade do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

de 20/10

  
CONTRATANTE

  
TESTEMUNHAS

  
CONTRATADA

  
TESTEMUNHAS

**PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/ COLETIVO POR ADESÃO****UNIMED FRANCA Soc. de Serviços Médicos Hospitalares****SEDE: Rua Edward Scarabucci Teixeira, 1691 – Fone PABX (16) 3711-6677****PROPOSTA DE ADESÃO N°****Cx.Postal 356 – CEP14.403.411 – FRANCA – SP****Nº CONTRATO** 104.**CONTRATANTE SINDICATO DOS CONTABILISTAS DE FRANCA E REGIÃO.**

O CONTRATANTE autoriza a inclusão do associado titular abaixo qualificado e seus dependentes no contrato de prestação de serviços médico – assistenciais acima identificado firmado com a UNIMED – FRANCA, prevalecendo sua inclusão a partir de 01/01/2010.

Responsável pela empresa.

Nome: José Marques Peres.

Função: Representante legal.

Por este termo de adesão e responsabilidade, na qualidade de ASSOCIADO TITULAR conferida pelo item X do contrato supra mencionado, autorizo a minha inclusão e a de meus dependentes abaixo relacionados mediante as condições aqui pactuadas.

**DADOS DO TITULAR**

Nome				CPF	
Data Nascimento	/ /	Sexo	E.Civil	RG	PIS
Endereço				Nº	Bairro
CEP	Cidade		UF	Mãe	
Telefone		Fax	E-mail		

**DADOS DOS DEPENDENTES**

D1	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	
D2	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	
D3	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	
D4	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	
D5	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	
D6	Nome				CPF
Data Nascimento	Sexo	E.civil	RG	Parentesco	

O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do associado. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do associado, será aplicado ajuste conforme a variação percentual das faixas etárias especificadas na tabela abaixo no mês seguinte ao aniversário do associado.

O valor mensal a ser pago será igual a soma dos valores da assistência médica, referente a cada associado inscrito. Os valores referentes a co-participação e eventuais agravos não estão incluídos nos preços abaixo.

Os preços, as faixas etárias, de que trata este contrato, e os percentuais de reajuste de mudança de faixa etária, são:

(\*) Co-participação:

**CONSULTAS – Unidade de emergência e consultório - R\$ 13,00 (Treze reais);**

**EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE – ISENTO;**

**EXAMES DE BAIXA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – ISENTO;**

**FISIOTERAPIA – ISENTO.**

**VALORES PARA INDIVIDUAIS E AGREGADOS PER CAPTA**

Faixa etária	Valores Per Capta	% de Aumento
00 a 18 anos	R\$ 53,96	00,00 %
19 a 23 anos	R\$ 63,22	17,16 %
24 a 28 anos	R\$ 63,22	00,00 %
29 à 33 anos	R\$ 100,83	59,49 %
34 a 38 anos	R\$ 100,83	00,00 %
39 a 43 anos	R\$ 100,83	00,00 %
44 a 48 anos	R\$ 116,00	15,04 %
49 a 53 anos	R\$ 197,84	70,55 %
54 a 58 anos	R\$ 197,84	00,00 %
59 anos acima	R\$ 239,80	21,20 %

**DESCRICAÇÃO DO PRODUTO**

Produto	Cobertura	Rede	Abrangência	Co-participação
Coletivo por adesão com cobrança individualizada	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetricia	Unimed Franca - SP	Grupo de municípios: Cidades: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista, Buritizal.	(*) Verificar item XIX do contrato

**CARÊNCIAS**

**A partir da data de início de vigência, serão contadas as seguintes carências:**

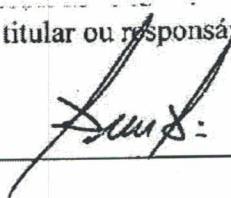
24 ( vinte e quatro ) horas para urgência e emergência, nos termos da lei; 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnósticos e terapia; 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais; 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia; 180 (cento e oitenta) dias para internações, 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos; 300 (trezentos) dias para partos a termo; 24 (vinte e quatro) meses para doenças preexistentes, nos termos da lei.

**Importante: a redução ou eliminação de carências é uma concessão, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed Franca, após examinada toda a documentação do (s) associado (s).**

**DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO TITULAR**

1. Estou inteiramente de acordo com todos os termos do contrato principal e de seus aditivos, declarando, nesta oportunidade, que tenho conhecimento de seu inteiro teor, cuja cópia recebi.
2. Comprometo-me a efetuar os pagamentos das mensalidades sob minha responsabilidade, nos valores acima consignados, por associado cadastrado, conforme minha opção, devendo as faturas serem encaminhadas para o endereço nesta proposta indicado. Os eventuais valores de co-participação deverão ser pagos da mesma forma que as mensalidades.
3. Havendo inclusão de novos dependentes será alterado o valor total da mensalidade conforme faixa etária.
4. Reconheço expressamente e autorizo o CONTRATANTE como única parte legítima para negociar qualquer alteração ou modificação previstas no contrato principal e seus aditivos, bem como o reajuste

- de mensalidades, independentemente autorização assemblear.
5. Estou ciente que o reajuste anual das mensalidades será sempre no mês de \_\_\_\_\_, data de aniversário do contrato principal, quando os valores consignados serão reajustados: por critério financeiro automaticamente, a cada período de 12 meses e por critério técnico, sempre que for necessário em função de reavaliação de cálculos atuariais. O presente contrato poderá ser reajustado, ainda, a qualquer tempo, em função de revalidação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes, devidamente fundamentados, com comunicação à ANS, visando a adequação aos novos preços de mercado à demonstração analítica da variação de componentes de custos, devidamente justificada, e também o equilíbrio econômico-financeiro bem como a viabilidade da continuidade deste contrato.
  6. Ressalvada a hipótese de rescisão do contrato firmado entre a Unimed Franca e a CONTRATANTE, este termo terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, contados a partir do dia da sua vigência, prorrogando-se automática e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar por escrito, a partir do 11º mês de vigência respeitando-se o período mínimo de 30 (trinta) dias de aviso prévio.
  7. Durante o período mínimo de vigência estipulado na cláusula anterior, poderá ser reincidente quando houver transferência para outro plano Unimed Franca, fraude ou inadimplência por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.
  8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor de débito autorizado, ou ainda, conforme o caso, resarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais, sem prejuízo de comunicação ao Serviço de proteção ao crédito (SPC).
  9. Fui esclarecido que a rescisão dentro do período mínimo de vigência, facultará a Unimed Franca a cobrança de serviços efetivamente utilizados, em custo operacional, acrescidos de taxa de administração no percentual de 10% (dez por cento) deduzindo a receita das mensalidades pagas, no correspondente período.
  10. Na hipótese de rescisão, por qualquer motivo e qualquer circunstância, devolverei á Unimed Franca as carteiras de identificação que me foram fornecidas, responsabilizando-me pelas despesas decorrentes da utilização indevida.

Local e Data	Assinatura do titular ou responsável
	

**TERMO ADITIVO nº.....**

**Contrato Registrado na ANS sob o nº 407.339/99-8**

**I – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

**UNIMED FRANCA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**, pessoa jurídica de Direito Privado, com inscrição no CNPJ sob o nº 45.309.606/0001-41, com registro provisório na ANS sob o nº 35.478-3, com sede na Rua General Carneiro, 1595, Centro, Franca/SP, neste ato representada pelo Diretor Presidente, a seguir chamada CONTRATADA.

**II – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE**

**Razão Social:** Sindicato dos Contabilistas de Franca e Região.

**Nome Fantasia:** Sindicato dos Contabilistas de Franca e Região.

**CNPJ:** 72.918.006/0001-53.

**Endereço:** Avenida Major Nicácio, 1306 – Vila Duque de Caxias – Franca/SP

**Representante Legal:** José Márcio Marques Peres.

**Identidade:** 16.409.656-5.

**CPF:** 062.556.688-27.

**Endereço:** Rua Alberto de Azevedo, 621- Jd. Califórnia – Franca/SP

**III – DO OBJETO**

Trata-se de um Termo Aditivo contrato de Prestação de Serviços Médico-hospitalares celebrado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , cujo objeto é produto registrado na ANS sob o nº 407.339/99-8, que passa a alterar o Plano Privado de Assistência à Saúde contratado em atendimento as obrigações impostas pelas Resoluções Normativas nº 195, 200 e 204 de 2009, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**IV – DA HABILITAÇÃO PARA CONTRATAR**

a) Somente poderão contratar plano privado de assistência à saúde, com a classificação :**COLETIVO POR ADESÃO**, as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro



ANS nº 35.478-3

para o exercício da profissão;

II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985;

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, clássica ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras – DIOPE.

§ 1º As pessoas jurídicas acima só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II.

§ 2º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, o grupo familiar do beneficiário titular conforme definido no contrato.

§ 3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§ 4º Permanecem válidas as disposições do contrato a respeito dos dependentes.

## V – DAS CARÊNCIAS

Somente deixarão de ser aplicadas carências, nos termos do contrato, quando o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

§ 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 9º, após o transcurso do prazo definido no caput desta cláusula; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

§ 2º Após o transcurso dos prazos definidos no caput e no inciso II do § 1º poderá ser

exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos do contrato.

## VI – DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

a) O beneficiário sempre deverá preencher a declaração de saúde.

b) Caso declarado pelo beneficiário doença ou lesão preexistente, a CONTRATADA estipulará a Cobertura Parcial Temporária – CPT para os procedimentos de alta complexidade, cirurgias e UTI's relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, suspendendo esta cobertura por período de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão do beneficiário ao contrato.

## VII – DO PAGAMENTO

Fica definido que o pagamento das mensalidades relativas ao objeto do contrato, passará a ser de responsabilidade da CONTRATANTE.

## VIII – DA RESCISÃO

a) Havendo inadimplemento por 15 (quinze) dias consecutivos, haverá suspensão de cobertura. O contrato será rescindido de pleno direito em caso de inadimplemento por 30 dias.

b) Fica definido que a rescisão imotivada por ambas as partes, somente poderá ocorrer depois de decorrido o período obrigatório de vigência de 12 (doze) meses do contrato, com notificação prévia de no mínimo 60 (sessenta) dias.

## IX – DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Somente a CONTRATANTE poderá solicitar a exclusão de qualquer beneficiário inscrito no contrato, salvo se comprovado pela CONTRATADA fraude ou perda de vínculo do beneficiário titular à CONTRATANTE ou perda de vínculo dos dependentes nas condições previstas no contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

## X – DO REAJUSTE

a) Os reajustes (financeiro, revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato) somente ocorrerão uma vez a cada 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária que em hipótese alguma se confundem com o reajuste anual das mensalidades do contrato, os em decorrência de migração e adaptação de contrato à Lei 9.656/98.;

b) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados (financeiro, revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato). Esta regra não se aplica aos

reajustes por mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei 9.656/98.

## XI – DOS VALORES DAS FAIXAS ETÁRIAS

Não poderá haver distinção de valores de mensalidade entre beneficiários já inscritos no plano e àqueles que vierem a ser incluídos, salvo quando for aplicado reajustes por variação de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei 9.656/98.

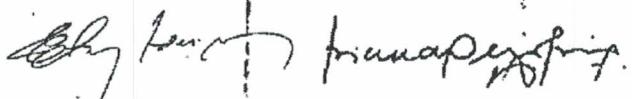
## XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente TERMO ADITIVO torna sem efeito quaisquer cláusulas com disposições contrárias e passa a integrar o contrato celebrado em \_\_\_\_\_ para todos os fins de direito.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente TERMO ADITIVO, juntamente com duas testemunhas.

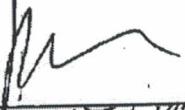
Franca, 01 de Janeiro de 2010.

  
CONTRATANTE

  
CONTRATADA

### TESTEMUNHAS:

  
Nome: Sergio Leme  
CPF: 077.41628-05

  
Nome: TATIANA CECERI  
CPF: 21661845886