

**CONTRATO ALPHA APS CE II Nº 2180****A) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA**

UNIMED FRANCA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

CNPJ sob nº - 45.309.606/0001-41 / Registro na ANS sob o nº 35478-3

Cooperativa médica

Centro Administrativo e correspondências

Rua General Carneiro, 1595 – Centro – Franca / SP – CEP 14400-500

**B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE Razão Social e Nome Fantasia se houver:**

Sindicato dos Contabilistas de Franca e Região

CNPJ: 12.918.006/0003-53 Inscrição estadual: Isento

Endereço: R. Carlos Signorelli 2540 Bairro: Vila Industrial

CEP: 14403-367 Cidade: Franca SP Telefone: (16) 321-6817

E-mail: GRACIELY@sincopran.com.br ou sincopran@sincopran.com.br

Representante Legal: Dionisio Luiz Entunes

RG: 18.192.145 CPF: 071.830.328.95

Endereço do representante legal: Pedro Dionisio L 12 CEP: 14.405-180

Bairro: Sas Jorge Cidade: Franca - SP

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

O presente plano é denominado comercialmente de **ALPHA APS CE II** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **479.811/18-2**.

**D) TIPO DE CONTRATAÇÃO**

O tipo de contratação é **coletivo empresarial**.

**E) TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

A segmentação assistencial deste plano é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

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

A área de abrangência desse contrato é classificada como **MUNICIPAL**.

**G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

Os serviços contratados serão prestados pela CONTRATADA dentro da área de atuação: Franca/SP.

**H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

h) Carta de orientação

i) Protocolo;

## II. Documentos exigidos para exclusão:

a) Ficha de exclusão, conforme RN 279, editada pela ANS.

2.22 O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.

2.23 Nos termos da Resolução Normativa 412/2016, nas hipóteses de solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, a CONTRATANTE tem o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da solicitação, para cientificar a CONTRATADA do pedido de exclusão. Caso a CONTRATANTE deixe de providenciar a comunicação dentro do prazo estipulado, o beneficiário titular poderá requerer a exclusão diretamente à CONTRATADA.

## III) COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

### 1) Coberturas gerais

a) 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, dentro da segmentação assistencial contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização e salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA e na área de atuação do plano de saúde.

b) O Plano ora contratado comprehende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, e observada as especificações a seguir.

### 2) Consultas e exames

2.1 Está compreendida neste plano a cobertura para:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e credenciadas pela CONTRATADA. As consultas serão garantidas **exclusivamente pelo sistema de Porta de Entrada.**

F29);

- III) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- IV) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

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

## **5) Transplantes**

5.1 São cobertos os transplantes previstos no rol de procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização, quando aplicáveis, e dos procedimentos a eles vinculados incluindo:

- I. despesas de assistência médica com os doadores vivos;
- II. medicamentos utilizados durante a internação;
- III. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento 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.

5.3 Os 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 BENEFICIÁRIO receptor.

7.2 É garantida a cobertura da **estrutura hospitalar necessária** à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.**

O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

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

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

7.5 A **cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções é garantida**, conforme o rol editado pela ANS, vigente na data do evento, **excetuada a de fim estético.**

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

7.7 É assegurada a participação de profissional médico **anestesiologista** nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

h) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

7.8 Os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no PROUT** serão de cobertura obrigatória **quando solicitados pelo médico assistente.**

7.9 Os procedimentos necessários ao tratamento das **complicações clínicas e cirúrgicas**, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.10 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.

7.11 Os procedimentos realizados **por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas** serão assegurados quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.

9.4 Nos termos da regulamentação vigente, o rol da ANS é atualizado a cada 02 (dois) anos.

## 10) Coberturas Adicionais

### 10.1 Atendimento de remoção pré-hospitalar – SOS UNIMED

a. 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 de responsabilidade de entidades governamentais e, se necessário for, remoção por via terrestre de suas residências até estabelecimento hospitalar credenciado pela CONTRATADA.

b. Os serviços previstos acima serão prestados exclusivamente **na cidade de Franca**.

c. O atendimento será realizado nos casos de emergência detectados pela Central de Atendimento denominada de UNIMED SOS, para a prestação dos serviços e especialmente na ocorrência das seguintes patologias:

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

II) 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;

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

IV) 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;

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

VI) Nefrologia: - Insuficiência Renal Aguda;

VII) 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;

VIII) 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 face com lesão no globo ocular; - traumatismos torácicos contusos e/ou penetrantes; - trauma abdominal contuso grande vasos sanguíneos com necessidade de reparo cirúrgico imediato; - trauma abdominal contuso e/ou penetrante; - trauma extenso de partes moles; - amputações traumáticas (após avaliação da e/ou penetrante); - trauma extenso de partes moles; - amputações traumáticas (após avaliação da e/ou penetrante); - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; - queimadura de vias aéreas, central); - queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; - queimadura de vias aéreas, central);

- D) Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- E) Cirurgias para mudança de sexo;
- F) Cirurgias plásticas não reparadoras ou estéticas, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- G) Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- H) Cirurgia refrativa para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, que estejam em desacordo com as diretrizes de utilização ou não presentes no rol de procedimentos;
- I) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- J) Despesas extraordinárias realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- K) Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- L) Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, parturientes e portadores de necessidades especiais;
- M) Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- N) Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- O) Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- P) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- Q) Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- R) Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, internações em caráter de medida de segurança;
- S) Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- T) Medicamentos importados não nacionalizados;
- U) Perfil biofísico;
- V) Procedimentos odontológicos;
- W) Próteses e órteses importadas não nacionalizadas, OPMES não ligadas ao procedimento cirúrgico;
- X) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no rol de procedimentos odontológicos;
- Y) Quaisquer medicamentos importados, não nacionalizados, medicamentos de uso domiciliar, exceto antineoplásicos, orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico;
- Z) Quaisquer procedimentos e exames não previstos no Rol vigente editado pela ANS, ou procedimentos previstos de forma ou em quantidades diferentes das diretrizes de utilização,

CONSU nº 13/98.

**180 (cento e oitenta) dias para os demais casos**

**300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo**

## **VII) DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

### **7.2 Declaração de saúde**

- a. No momento da adesão, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a declaração de saúde e informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doença ou lesão preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.
- b. O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus.
- c. Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.
- d. A entrevista qualificada tem o objetivo de orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou ingresso ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- e. Não poderá ser alegada pela CONTRATADA a omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano.
- f. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA oferece a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.
- g. **Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão preexistente, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:**  
**I. o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) e**

- d. Cabe à CONTRATADA o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO de DLP não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- e. Acolhida a alegação da CONTRATADA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica-hospitalar prestada em razão de fraude (todas as despesas com procedimento de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da data da Comunicação ao BENEFICIÁRIO.
- f. Na hipótese acima, de acolhimento da alegação da CONTRATADA pela ANS, o BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do plano.
- g. Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

## **VIII) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1 Nos limites deste plano, observando-se, entre outros, a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, os procedimentos relacionados no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência, dentro da área de atuação do plano de saúde.

8.2 São **casos de emergência** os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, segundo critério médico.

8.3 São considerados **casos de urgência** aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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

8.5 É garantida cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, se cumpridas as carências necessárias para internação e procedimentos.

8.6 Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer do período de carência, para internação e procedimentos, este deverá abranger cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

8.7 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal (queda, acidente de automóvel) será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

## **2) Reembolso**

- a) A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, em todo 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.
- b) 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 praticada pela CONTRATADA com os serviços contratados e credenciados (Tabela AMB 92 e CBHPM). A informação de valores de CH e de procedimentos poderão ser obtidos, a qualquer momento, junto à operadora, se solicitado por escrito, ou por e-mail.
- c) Não será reembolsado ao beneficiário, nos casos de urgência e emergência, valor inferior que o praticado pela CONTRATADA e sua rede contratada.
- d) A documentação mínima exigida para reembolso é a seguinte:
  - I) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio.
  - II) Relatório do médico assistente, declarando 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.
  - III) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
  - IV) Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem.
  - V) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- e) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- f) 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.
- g) O beneficiário tem o prazo de até um ano para solicitar o reembolso.
- h) **Decorrido o prazo de um ano, sem que tenha sido feita a apresentação da documentação, a CONTRATADA estará desobrigada de proceder ao reembolso.**
- i) **Não serão reembolsados:**
  - I) procedimentos realizados em caráter eletivo;

II) Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos credenciados e de rede própria ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato, pelo sistema de porta de entrada.

III) Não haverá restrição de realização de procedimentos cobertos por esse contrato pelo fato de serem solicitados por médicos não pertencentes à rede, desde que sejam realizados na rede credenciada, na área de abrangência geográfica definida neste contrato.

IV) Não estão compreendidos neste contrato os honorários de profissionais não credenciados.

V - A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, no site [www.unimedfranca.com.br](http://www.unimedfranca.com.br), onde constarão laboratórios credenciados, centros de diagnósticos, médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios e, dentre esses, quais os que disponibilizam serviços de urgência e emergência.

VI - 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 ao CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, conforme estabelecido no artigo 17, 1º e 4º da Lei 9.656/98 e demais instruções normativas editadas pela ANS. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente.

VII - Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA assegurará as despesas hospitalares até a alta do BENEFICIÁRIO. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a operadora transferirá o BENEFICIÁRIO imediatamente, arcando integralmente com os custos.

VIII - Nos casos de BENEFICIÁRIOS internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação até a alta hospitalar.

IX - 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;

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: Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., Prontocor Pronto Socorro CL, CS

Laranjeiras, Igase Hosp São Lucas, C.S. São José;

Salvador/BA: Hospital CPI (pediátrico), 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

Protocolos de Utilização, se for o caso, publicadas pela ANS, e atendimento aos protocolos.

VI) Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.

VII) Havendo necessidade de autorização prévia, o beneficiário deverá, antes de agendar o procedimento com o prestador, dirigir-se até a CONTRATADA, de posse da solicitação médica ou do cirurgião dentista assistente para obtenção da autorização e agendamento.

VIII) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA garantirá ao beneficiário 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.

IX) É garantida ao BENEFICIÁRIO, no caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

X) A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da CONTRATADA.

XI) Caso o beneficiário não esteja em Franca/SP, e necessitando de atendimentos na localidade, integrante da área de abrangência contratual, deverá encaminhar-se à operadora UNIMED local para obtenção de autorização via intercâmbio. Não havendo Unimed na cidade, o beneficiário deverá entrar em contato diretamente com a Unimed Franca.

XII) Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá telefonar ou dirigir-se até a CONTRATADA para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos na RN 259/2011, para o procedimento solicitado.

XIII) O beneficiário não será reembolsado de acordos particulares que tenha feito diretamente com o prestador, a não ser que a UNIMED Franca o tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito.

XIV) Incorrindo na hipótese do item anterior, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à Unimed Franca, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

#### **D - Junta médica**

I) Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

- f) O preço por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Solicitação de Inclusão será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.
- g) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da **CONTRATADA** de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.
- h) Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias superiores a 60 (SESSENTA) dias, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, suspender ou rescindir o contrato.
- i) O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.
- j) Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.
- k) Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**.
- l) Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

## **2) Demitidos, exonerados e aposentados**

- a) Os BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados que fazem jus ao direito previsto no art. 30 e art. 31 da Lei 9.656/98 e que o exercerem conforme legislação vigente e no prazo estabelecido são integralmente responsáveis pelos valores de sua mensalidade e de seu grupo familiar.
- b) Não caberá qualquer cobrança à CONTRATANTE de eventuais atrasos ou inadimplência dos BENEFICIÁRIOS demitidos, exonerados e aposentados, únicos responsáveis pelo pagamento e consequências do inadimplemento de sua obrigação.
- c) Os boletos de cobrança de mensalidade serão encaminhados diretamente ao endereço informado pelo BENEFICIÁRIO, na oportunidade da opção pela manutenção ao plano.
- d) Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, será cobrada multa em favor da **CONTRATADA** de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária.
- e) O atendimento será suspenso exclusivamente ao BENEFICIÁRIO que não pagar sua mensalidade no prazo de 60 dias, consecutivos ou não, desde que notificado no 50º dia de inadimplemento.

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva de um índice financeiro;

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Em que:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

$S_m$  = meta de sinistralidade estabelecida pela OPS

- c) Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) na data do aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.
- d) A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.
- e) O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.
- f) A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos.

## XII) FAIXAS ETÁRIAS

12.1 Para fins desse contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias, conforme RN 63/2003, editada pela ANS, e os percentuais de reajuste correspondentes:

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 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	__%

### **13.2 Direito dos Aposentados**

- a) Ocorrendo a aposentadoria do BENEFICIÁRIO Titular, que seja contribuinte do plano 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.
- b) 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.
- c) A manutenção assegurada se estende aos BENEFICIÁRIOS Dependentes. Poderão ser incluídos além dos dependentes inscritos no plano à época da vigência do contrato de trabalho novo cônjuge e filhos.
- d) O BENEFICIÁRIO tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias da aposentadoria para o exercício do direito descrito nos itens anteriores desta cláusula.
- e) 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 extensivo àqueles BENEFICIÁRIOS Titulares **com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação**.
- f) 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.
- g) Nos planos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE**, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

### **13.3 Do Direito à Portabilidade**

- a) O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário tratada neste item, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista na RN 186 e suas alterações posteriores.
- b) Se durante o gozo do direito de manutenção do plano o ex-empregado titular falecer, os dependentes poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou

solicitação de exclusão, cujo modelo encontra-se em anexo, devidamente assinada pelo empregado e acompanhada de documentos comprobatórios das informações prestadas.

VI. A exclusão do empregado somente será efetivada após entrega da ficha de exclusão assinada, devidamente instruída com documentos, para que a operadora possa avaliar sobre o direito do empregado ao benefício da manutenção no plano.

VII. Enquanto o funcionário estiver incluído no plano, como empregado ativo da empresa, a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento da mensalidade do plano perante a CONTRATADA.

VIII. Após o final processamento da exclusão do funcionário pela CONTRATADA, a CONTRATANTE não terá quaisquer obrigações em relação ao pagamento da mensalidade do referido funcionário.

#### **b) Obrigações da contratada**

- 1) A CONTRATADA deverá apresentar ao empregado, sempre que solicitado, a tabela de preços do plano, com as devidas faixas etárias.
- 2) A CONTRATADA deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

#### **13.6 Das obrigações do ex-empregado**

- a) Para assegurar o direito à manutenção, o ex-empregado deverá dirigir-se à operadora dentro do prazo de 30 dias a contar da demissão para assinar termo de admissão ao plano de inativos.
- b) A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades será exclusivamente do ex-empregado.

### **XIV) CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

14.1 A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, quer seja por carta ou planilha no período da Movimentação Cadastral conforme assinalado na Solicitação de Adesão.

14.2 A **CONTRATANTE** obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO(s)** excluído(s).

14.3 A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO titular e dependentes**, durante a vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da contratante nos seguintes casos:

- a) fraude; ou
- b) por perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO** titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

15.4 Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a **CONTRATADA** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

15.5 O presente contrato poderá ser extinto por quaisquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

## XVI) DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Fazem parte do presente contrato a proposta de admissão, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO e os Recibos de Pagamento, disponibilizados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, desde o inicio das tratativas que resultaram na celebração do presente.

**16.2 O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).**

16.3 A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 - da Organização Mundial da Saúde.

**16.4 TRANSFERÊNCIA/ MIGRAÇÃO DE PLANOS:** as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para contratação de novo plano.

**16.5 Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela CONTRATADA para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.**

16.6 A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

16.7 A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

16.8 Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

16.9 O BENEFICIÁRIO autoriza a divulgação de suas informações de saúde e de seus dependentes no âmbito interno da **CONTRATADA**, e entre essa e sua rede credenciada, para fins epidemiológicos, de auditoria e para cumprimento de exigências da ANS.

## TERMO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS / CPT

As partes Unimed Franca - Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares e Sindicato dos Contabilistas de Franco e Região acordaram que no plano ALPHA APS CE II, registrado na ANS sob nº 479.811/18-2, contratado aos 01/06/19, as carências serão reduzidas da forma abaixo explicitada:

Procedimento	* Carência I	* Carência II
<b>Urgência e Emergência:</b> atendimento ambulatorial de urgência e emergência e casos de acidente pessoal nos termos da resolução Consu nº 13/98;	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
<b>Consulta médica:</b> em consultório no horário normal ou preestabelecido;	24 (vinte e quatro) horas	30 (trinta) dias
<b>Consultas e procedimentos com multiprofissionais:</b> em consultórios, clínicas e centros médicos nas especialidades: Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia; Planejamento Familiar /Acupuntura.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
<b>SADT PROMOCIONAL (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia):</b> Eletrocardiograma, Hemograma Total, Parasitológico, Urocultura, Coprocultura, Urina Rotina, RX simples, e <b>Sessões de Fisioterapia</b> previstas no Rol de procedimentos da ANS (Anexo I da RN 428);	24 (vinte e quatro) horas	30 (trinta) dias
<b>SADT:</b> Exames complementares e serviços de apoio diagnóstico, demais exames laboratoriais, procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, assim denominados no Rol da ANS (Anexo I da RN 428);	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
<b>PAC:</b> Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol da ANS (Anexo I da RN 428) como PAC;	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
<b>Internações:</b> clínicas e cirúrgicas;	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
<b>Parto a termo:</b> Parto que ocorre durante o período de 37 a 42 semanas de gestação.	300 (trezentos) dias	300(trezentos) dias

Cobertura Parcial Temporária	Período I	Período II
Doenças e lesões pré-existentes: Cobertura parcial temporária para procedimentos de alta complexidade	730 (setecentos e trinta) dias	730 (setecentos e trinta) dias

**\* Carência e Período I**

Válida exclusivamente para os beneficiários incluídos no dia ou mês de ativação do contrato.

**\*\* Carência e Período II**

Inclusões válidas após ativação (exceto mês ativação).

Por ser verdade, firmam o presente termo em duas vias de igual teor.

Franca, 01 de junho de 20 19

X  
CONTRATANTE

  
CONTRATADA  
Nilson Ricardo Salomão  
Presidente

A N E X O I**1) VALORES DE CO-PARTICIPAÇÃO:****Procedimentos****Valores – R\$**

a) CONSULTAS UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	R\$ 23,00 (vinte e três)
b) CONSULTAS REDE PRÓPRIA.....	R\$ 23,00 (vinte e três)
c) CONSULTA MÉDICO DA FAMÍLIA.....	20%
d) Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol da ANS (Anexo I da RN 428) como PAC; .....	20% (vinte por cento), limitado a R\$150,00 (cento e cinquenta e reais)
e) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia): Todos elencados no rol, a exemplo de: Eletrocardiograma, Hemograma Total, Parasitológico, Urocultura, Coprocultura, Urina Rotina, RX simples, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia; Planejamento Familiar /Acupuntura, Sessões de Fisioterapia previstas no Rol de procedimentos da ANS (Anexo I da RN 428) e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE BAIXA COMPLEXIDADE;.....	20% (vinte por cento), limitado a R\$150,00 (cento e cinquenta e reais)

**2) VALORES DA MENSALIDADE - PLANO “ALPHA APS CE II”**

FAIXA ETÁRIA	PLANO “ALPHA APS CE II” POR BENEFICIÁRIO INSCRITO	% DE AUMENTO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos	R\$ 78,80	0,00%
19 a 23 anos	R\$ 89,90	14,09%
24 a 28 anos	R\$ 104,00	15,68%
29 a 33 anos	R\$ 120,00	15,38%
34 a 38 anos	R\$ 132,00	10,00%
39 a 43 anos	R\$ 156,00	18,18%
44 a 48 anos	R\$ 198,00	26,92%
49 a 53 anos	R\$ 252,50	27,53%
54 a 58 anos	R\$ 335,70	32,95%
Acima de 59 anos	R\$ 470,00	40,01%

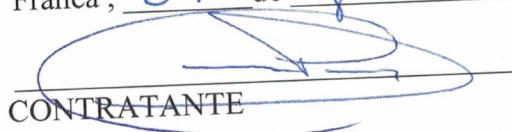
**3) VALORES PARA EMISSÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO:**

a) Será cobrada a emissão de 2ª via do cartão de identificação no valor de R\$5,00.

**4) Internação Psiquiátrica**

a) Havendo utilização maior que o número de dias estabelecido para custeio integral de internação psiquiátrica, durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada co-participação por dia de internação, valor correspondente a 50% do valor da internação. O percentual cobrado a título de co-participação será estabelecido no momento da contratação e deverá obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela Administração, vigentes na data da contratação.

Franca , 01 de Junho de 20 19.

  
CONTRATANTE

  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS