SEGUNDO OFICIAL DE REGISTRO DE TITULOS E DOCUMENTOS E REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE FRANCA-SP

2.º O. R. T. DE FRANCA - SP
Fls. 9/9 Rub.

Fls. 9/9 Registrado e Microfilmado sob número 15894 2º 2º Ofício de RTDPJ - Franca - SP

Rua Joaquim Zeferino, 1420 - Franca - SP
Oficial: José Carlos Capra

CERTIFICA

que o presente título foi prenotado em 17/01/2006 sob o nº 00013894-PJ tendo sido registrado e microfilmado nesta data conforme se segue:

Apresentante: SINDICATO DOS CONTABILISTAS DE FRANCA E REGIAO
Natureza : AVERBACAO PJ

Base de Cálculo:

Certidões : 2
Microfilmes : 1

Oficial :	29,27	Condução:	0,00
Estado :	8,35	Correio :	0,00
IPESP :	6,17	Total :	46,87
Reg. Civil:	1,54	Depósito:	0,00
1º Justiça :	1,54	Valor a Receber:	(46,87)

STRO DE IMÓVEIS
RLOS CAPRA
IAL -
FRANCA - S.P.

Franca, 19/01/2006

MIRA NASCIMENTO DE FREITAS
ESCREVENTE

Emolumentos do Estado e contribuição de aposentadoria recolhidos pela guia nº003/06

Declaro que nesta data, recebi a 1ª via deste recibo.

Assinatura: _____

Nome : _____

Endereço : _____

2º OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE FRANCA - S. P.
Rua Joaquim Z[illegible] [illegible]22-9344 - CEP 14.405-273
Certifico o [illegible] é reprodução [illegible] que se refere e [illegible] registral [illegible] 13, § 1.º, da Lei 8.015 de [illegible]

Franca, 19 JAN 2007 de _____ de _____

Flávia Roberta da Silva Mota
Escrevente

guia 003/07

2.º Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Franca - SP

Ao Oficial R$	12,06
Ao Estado R$	3,42
A Cart. Serv. R$	2,52
Sinoreg R$	0,63
Trib. Just. R$	0,63
Total R$	19,26
Recibo	

(Responsável)

Flávia Roberta da Silva Mota
Escrevente

VERSO EM BRANCO

-IMPLANTAÇÃO DE CONTRATOS PESSOA JURÍDICA "ALPHA"

Registro ANS – 407.341/99-0 *Nº do Contrato:* 6173

Dados da Empresa:

CNPJ : 72.918.006/0001-53 **Inscrição Estadual: ISENTA.**

Razão Social: SINDICATO DOS CONTABILISTAS DE FRANCA E REGIÃO.

Nome Fantasia: SINDICATO DOS CONTABILISTAS DE FRANCA E REGIÃO.

Endereço: Av: Major Nicácio, nº 1306 SALA 03 Franca - **CEP**.: 14.400-850.

Endereço de cobrança: Idem ao item anterior.

Fone: (16) 3721-0270 **Data de Abertura da Empresa**: 20/12/1993.

Tipo de contrato: (X) Empresarial ( ) Coletivo por adesão (Sem Patrocinador)

Carências: Conforme contrato

Dados Econômicos:

Mensalidades:

Faixa etária	Valores Individuais	Valores Agregados	Valores Familiar per capta
00 a 18 anos	R$ 49.50	R$ 49.50	R$ 49.50
19 a 23 anos	R$ 58.00	R$ 58.00	R$ 58.00
24 a 28 anos	R$ 58.00	R$ 58.00	R$ 58.00
29 a 33 anos	R$ 92.50	R$ 92.50	R$ 92.50
34 a 38 anos	R$ 92.50	R$ 92.50	R$ 92.50
39 a 43 anos	R$ 92.50	R$ 92.50	R$ 92.50
44 a 48 anos	R$ 92.50	R$ 92.50	R$ 92.50
49 a 53 anos	R$ 181.50	R$ 181.50	R$ 181.50
54 a 58 anos	R$ 181.50	R$ 181.50	R$ 181.50
Acima de 59 anos	R$ 220.00	R$ 220.00	R$ 220.00
Total			

Fator Moderador e Co-participações: Conforme Contrato

- Consultas - R$ 12.00 (Doze reais);
- Exames de Alto Custo - R$ 15.00 (Quinze reais);
- Exames de Baixo Custo e Procedimentos Ambulatoriais - Isento;

Dados Gerais:

Vigência do Contrato: Maio. **Data do Vencimento**: Todo dia 10.

Contato: César Neves. **Classificação da empresa: "B"**

Analista de relacionamento : Tais Lacerda **Data Base do reajuste** : Maio.

Nome do Vendedor:

P/ 01/06/2008

Marcel Bonassi – Gerente de Rel c/ o cliente

TIPO: MIGRAÇÃO

14/05/2008 14:00 Hs.

Unimed Franca

Alpha Empresarial - 407.341/99-0

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

Contrato nº _____

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social e Nome Fantasia, se houver: Sindicato dos contabilistas de Franca e Região
CNPJ: 72.918.006/0001-53 Inscrição estadual: Isento
Endereço: Av: Major Nicácio, nº 2306 Sala 03 Bairro: Vila Duque de Caxias
Telefone: (16) 3721-6270 Cidade: Franca Cep: 14.400-850
Representante Legal: César Neves do Silva
RG: 5.573.167 CPF: 442.280.408-10
Endereço do representante legal: Rua: Estevão Leão Bourroul, nº 1462
Bairro: Centro 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.

IV- NATUREZA DO CONTRATO
Esse presente instrumento materializa entre as partes um contrato particular de prestação de serviços médico-hospitalares, de adesão, bilateral, gera direitos e obrigações individuais e é regido pelas disposições dos arts. 421 a 480 do Código Civil, bem como pelas Leis 9.656/98 e 8.078/90.

V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO NA ANS
Este plano é denominado comercialmente de ALPHA qto coletivo c/moderação 20% + co-part R$ 100,00 p/dia e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 407.341.99/0.

VI -TIPO DE CONTRATAÇÃO
A contratação desse plano é Coletiva Empresarial, entendendo-se por tanto, que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica contratante.

VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
A segmentação assistencial do presente plano é ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, conforme previsto no item 2 do Anexo II da RN nº 85/04.

VIII - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA
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. Na falta de leito de acomodação coletiva, a operadora garantirá acomodação superior sem ônus adicional.

X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS USUÁRIOS
Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, os empregados, diretores da CONTRATANTE e seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.
1) São considerados Usuários Titulares os empregados diretores 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) 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) inválidos (as) portadores de necessidades especiais / cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).

ANS nº 35.478-3

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.
3) A CONTRATANTE fornecerá à CONTRATADA a relação dos Usuários, responsabilizando-se civil e criminalmente (nesta última esfera, por meio de seus representantes legais diretamente relacionados ao evento) pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à CONTRATADA, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.
4)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.
5)Os filhos de Titulares e de Dependentes, 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.
6)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.
7)Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos no item "Carências".
8)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.
9)O usuário 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 préexistente.
10)Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de usuário titular ou de dependente que tenha cumprido carência para parto a termo, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes 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 agravo.
11)Ao recém-nascido natural ou adotivo, filho de usuário titular ou de dependente que não tenha cumprido carência para parto a termo, serão aproveitados os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai ou mãe, sem a necessidade de cumprimento de período de carência imposto aos novos beneficiários.

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 suas atualizações.

1) ATENDIMENTO AMBULATORIAL
São asseguradas consultas médicas sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal; reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
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".
Terão direito, ainda, os usuários aos seguintes procedimentos ambulatoriais considerados especiais:
a)hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b)quimioterapia ambulatorial;
c)radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
d)hemoterapia ambulatorial;
e)cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

2) INTERNAÇÃO HOSPITALAR
2 a)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.
2 b)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.
2 c)A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas de internações hospitalares em hospitais credenciados da 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.
2 d)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.
2 e)Aos usuários serão garantidos os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade

ANS nº 35.478-31

esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:
a)hemodiálise e diálise peritonial.- 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.
2 f)Tratando-se de Usuário menor de (18) dezoito anos a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital.
2g)Nas emergências clínicas ou cirúrgicas e nas internações obstétricas a assistência médica será prestada por plantonistas dos hospitais e prontos-socorros.

3) TRANSPLANTES
3 a)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:
I - às despesas de assistência médica com os doadores vivos;
II - aos medicamentos utilizados durante a internação;
III - ao acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
IV -às despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
3 b)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.
3 c)Os usuários 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.
3 d)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.
3 e)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.

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.
4 b)Cobertura total aos atendimentos ambulatoriais clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.
4 c)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.
4 d)A quantidade de sessões da psicoterapia de crise será considerada independentemente da patologia ou do recurso médico, limitada às 12 (doze) sessões ano/contrato.
4 e)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.
4 f)No caso de transtornos psiquiátricos, o presente contrato cobre:
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.
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.
4 g)O usuário dispõe também:
1)De 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;
2)Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia é de 180 (cento e oitenta) dias por ano.

5) OUTRAS GARANTIAS
5 a)O presente contrato abrange o atendimento em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
5 b)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.
5 c)A cirurgia plástica reparadora de órgão e funções 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 n.º 10 do CONSU, excluindo-se as

ocorrências odontológicas.
5 d)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.

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 e tratamento para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive esclerose de varizes;
h)Cirurgia refrativa de miopia inferior a sete graus uni ou bilateral;
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)Procedimentos de fonoaudiologia, foniatria, terapia ocupacional e tratamento com psicólogo;
v)Quaisquer despesas no período das carências previstas;
x)Transplantes, à exceção de córnea e rim;
w)Tratamentos para controle de natalidade, vasectomia e laqueadura;
y)Vacinas;
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.
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 CONTRATANTE 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.
A COBERTURA DESTE CONTRATO É RESTRITA AOS PROCEDIMENTOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA QUE TRATA DAS COBERTURAS, NÃO ESTANDO A CONTRATADA OBRIGADA A DAR ATENDIMENTO FORA DOS CASOS PREVISTOS.

XIII -VIGÊNCIA

Este contrato é assinado pelo período de 12 (doze) meses, passando a vigorar a partir da assinatura da proposta de adesão ou do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

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 Clínicas, Pediátricas e Cirúrgicas Programadas	180 dias;
Internações Obstétricas para Partos a Termo	300 dias;
Demais Procedimentos Previstos no Contrato	180 dias.

XVI- DOENÇAS E LESÕES PRÉEXISTENTES

1)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 préexistente.
2)A informação será prestada através de declaração de saúde, cujo formulário está à disposição do titular na sede da CONTRATADA, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o CONTRATANTE. 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.
3)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.
4)Este instrumento não será firmado sem a apresentação da declaração de saúde e cumprimento das demais condições de admissão previstas neste contrato.
5)Fica a critério da CONTRATADA a realização de exame pré-admissional, em seguida à entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões préexistentes.
6)Usuário titular ou dependente admitido pela contratada que seja portador de lesão ou doença preexistente, estará sujeito a cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, período no qual não haverá cobertura para procedimentos ligados à(s) lesão(ões) ou doença(s) preexistente(s).
7)Em caso de existência de doença e lesão preexistente, o usuário poderá optar pelo agravo ou deverá cumprir o período de cobertura parcial temporária, com prazos definidos conforme a legislação em vigor, para todos os procedimentos relacionados a esta(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s). A cobertura parcial temporária admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.
8)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 a CONTRATANTE obrigada a ressarcir a operadora por todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes, devendo o usuário ser notificado previamente pela CONTRATADA para que ocorra o reembolso aqui previsto.
9)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 preexistente. 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. Caso o consumidor não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o consumidor deverá remeter documentação necessária para instrução do processo. Após 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 preexistente, desde a data da efetiva comunicação da CONTRATADA ao usuário. Não será suspenso o contrato até o resultado do julgamento pela ANS.
10)Ao usuário em que na perícia, na entrevista, ou através da Declaração de Saúde ficou constatada a existência de lesão ou doença ser-lhe-á oferecido o agravamento do valor da mensalidade do contrato, nos termos da resolução 17 do CONSU, de 23 de março de 1999.
11) Ao filho de usuário que já cumpriu os prazos de carência para partos a termo não caberá qualquer alegação de doença preexistente, 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 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
1)São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, segundo critério médico. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. 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.
2)Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento preferencialmente junto aos serviços de prontos-socorros credenciados pela CONTRATADA, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto, apresentar o cartão de identificação de USUÁRIO e documento de identidade.
3)Os atendimentos de urgência e emergência serão realizados em todo território nacional, com exceção dos hospitais de tabela própria mencionados no item dos mecanismos de regulação.
4)Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, ou no período de carência para cobertura obstétrica, a cobertura ficará limitada até as primeiras 12 horas do atendimento.
5)Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência 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 da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.
6)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.
7)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 (TABELA AMB 92 e, nos casos do procedimento não estar previsto na AMB92, será utilizada a CBHPM Classificação Brasileira de Honorários Profissionais Médicos)
8)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.
9)Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
10)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.
11) 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.
12)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 - que não integre a área de abrangência geográfica deste contrato - 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
Co- PARTICIPAÇÃO
Sobre a utilização dos procedimentos abaixo relacionados, será cobrada co-participação, conforme anexo I :

a)CONSULTAS EM CONSULTÓRIO E UNIDADE DE EMERGÊNCIA
b)EXAMES COMPLEMENTARES - SADTs:
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

1) 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 e observar a necessidade da obtenção de autorização.
b)A CONTRATADA assegurará aos usuários inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, sendo que para ter qualquer atendimento o usuário obriga-se a apresentar o cartão de identificação válido, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade ou certidão de nascimento e a observar o seguinte:
Consultas: Os usuários serão atendidos no consultório particular do médico livremente escolhido dentre os credenciados da CONTRATADA, ou nos serviços de prontos-socorros credenciados, nos casos de urgência ou emergência, de acordo com suas normas de atendimento e conforme definido neste contrato;
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia: Serão prestados pela rede de serviços credenciados pela CONTRATADA, preferencialmente quando solicitados por seus médicos credenciados, mediante auditoria prévia.
Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos credenciados e de rede própria básica ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato.
A CONTRATADA assegurará os procedimentos na rede por ela contratada ou credenciada, preferencialmente quando solicitados por seus médicos credenciados.
Os serviços não previstos neste contrato e os procedimentos para os quais os usuários estejam, na ocasião, cumprindo o período de carência, poderão ser realizados em Custo Operacional desde que a CONTRATADA tenha condições para realizá-los, inclusive

no seu âmbito de atuação e pelos seus serviços credenciados, mediante prévio acordo entre a operadora e o CONTRATANTE.
Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da operadora, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.
As internações serão realizadas depois de prévias auditoria e autorização da CONTRATADA, mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar.
c)Nos casos de urgência/emergência, a guia de internação e autorização serão providenciadas pelo hospital prestador de serviço junto à CONTRATADA.
d)É garantida ao usuário, no caso de situações de divergências médica a respeito de autorização prévia, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados; cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
e)Os usuários deste contrato obrigam-se a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, um documento de identidade, o cartão de identificação válido quando for o caso, emitido pela CONTRATADA.
f)A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, onde constarão:
Relação dos médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;
Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;
Relação de serviços de urgência e emergência;
Relação de hospitais contratados e próprios.
g)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 dias de antecedência, conforme estabelecido no artigo 17, 1º e 4º da Lei 9.656/98. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente. Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA assegurará as despesas hospitalares até a alta do usuário. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a operadora transferirá o usuário imediatamente, arcando integralmente com os custos.
Nos casos de usuários internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação até a alta hospitalar.
h)Os itens inseridos na cláusula "coberturas" são taxativos, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.
i)Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos usuários na área de atuação da CONTRATADA, esta orientará o usuário para atendimento em outra cooperativa médica UNIMED, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do usuário, salvo a hipótese contida no item "remoção".
j)Tratando-se de órteses e próteses, cabe à auditoria médica da CONTRATADA decidir sobre a melhor indicação para o caso, levando-se em consideração estudos referentes à medicina baseada em evidências.
k)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. Medianeira 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 novos estabelecimentos que se enquadrarem na categoria de hospitais de alto custo e operantes de tabela própria.

XX - FORMAÇÃO DO PREÇO
A forma de financiamento do presente contrato é pré-pagamento.

XXI - PAGAMENTO DA MENSALIDADE
As mensalidades serão pagas por boleto bancário, na data nele mencionada, pela CONTRATANTE.
Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
Após o 30º dia de atraso no pagamento, o contrato será suspenso ou cancelado.

XXII - REAJUSTE
1)Os preços deste contrato serão reajustados : por critério financeiro automaticamente, a cada período de 12 (doze)

meses, de acordo com o índice de reajuste autorizado pela ANS para planos individuais e, em caso de sua extinção, IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado), publicado pela Fundação Getúlio Vargas; e por critério técnico sempre que for necessário em função de reavaliação de cálculos atuariais.
2)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.
3)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.
4)O reajuste por critério técnico é a reavaliação das contraprestações pecuniárias decorrentes de alteração do nível de sinistralidade do plano.
5)Os reajustes são cumuláveis.

XXIII - FAIXAS ETÁRIAS
As faixas etárias de que trata este contrato são:

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, conforme os percentuais constantes no anexo I.
2)A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais descritos no anexo I, que incidirão sobre o preço pago pelo usuário e não se confundem com o reajustamento pela variação de custos.
3)Observar-se-á que 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 a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

XXIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS 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 contribuísse 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 extensivo 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 empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa. O vínculo referido somente poderá ser de caráter empregatício.
4a)O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o item anterior.
4b)A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à CONTRATANTE de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada.
5)No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinqüenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será exigido o cumprimento de prazos de carência.
5a)No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de

participantes menor que 50 (cinqüenta), haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, e será exigido o cumprimento de prazos de carência.
6)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/inativos (aposentados ou demitidos sem justa causa) da CONTRATANTE.

XXVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
1)O usuário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a CONTRATANTE, e, nas hipóteses previstas em lei, não fizer a opção pela continuidade assistencial.
2)No caso de morte do Usuário Titular, será assegurada aos Usuários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, de acordo com as condições previstas no artigo 30 da Lei 9.656/98.
2a) A exclusão de usuário titular cancelará automaticamente a inscrição de todos os seus respectivos dependentes, obrigando-se a devolver todas as carteiras de identificação à CONTRATADA.
2b)Ocorrendo óbito do titular, o cônjuge supérstite (viúvo) comunicará automaticamente a 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)A maioridade ou emancipação dos USUÁRIOS DEPENDENTES ou o prazo final da tutela e da curatela acarretará a perda de qualidade de USUÁRIO DEPENDENTE obrigando-se o(a) CONTRATANTE a comunicar o fato à CONTRATADA.
3.1)Filhas e filhos solteiros maiores de 24 anos, mesmo cursando a faculdade são excluídos do plano.
3.2)Os filhos e filhas citados nesta cláusula poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias da perda do direito de uso, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.
3.3)Os usuários acima inscritos após o prazo de 30 (trinta) dias cumprirão as carências normais no novo plano que contratar.
4)A separação judicial retira do cônjuge o direito de permanecer no contrato na situação de DEPENDENTE.

XXVII - RESCISÃO
1)Será considerado rescindido este contrato, com exclusão do(a) CONTRATANTE e respectivos dependentes se houver atraso no pagamento por período igual a 30 dias, obrigando-se o(a) CONTRATANTE a recolher o(os) cartão(ões) de identificação e devolvê-lo(s) imediatamente à CONTRATADA.
2)Estando configurada a hipótese de inadimplemento descrita acima, a operadora poderá, a seu critério, suspender o contrato a partir do 15° dia de atraso.
3)No caso de rescisão por inadimplemento, a CONTRATANTE ficará responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes e eventuais perdas e danos.
4)Poderá este contrato ser resolvido a qualquer momento, após decorrido o prazo inicial de 12 meses por qualquer das partes, mediante pré-aviso escrito, com antecedência de 30 dias, sem que assista às partes indenização, seja a qualquer título.
5)Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extra judicial, ocorrendo:
a)fraude ou outro ato ilícito civil ou penal;
b)utilização indevida do cartão de identificação da CONTRATADA;
c)rescisão de comum acordo entre as partes.

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 (AMB 92).
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.
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 - 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 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 complicação; - 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 raquimedular (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 globoocular; - 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: - ceto acidose diabética; - crise tireotóxica; - hipoglicemia severa..

2.1) 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)Fica desde já estabelecido que as orientações telefônicas aos pacientes limitar-se-ão à coordenação médica, aconselhamento médico e orientação pré-hospitalar, isto é, as informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo usuário ou seu representante legal para a obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível.
c)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 manifesta 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" até que os profissionais do PRESTADOR tenham condições de se dirigir ao local para onde foi encaminhado o usuário.
d)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 CONTRATADA limita-se à relação de serviços enumerados no item "Coberturas", 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 editados pela ANS não tem cobertura neste contrato.
A CONTRATADA fica obrigada a apurar as reclamações

encaminhadas por escrito e assinadas pelo(a) CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

2)Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE 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.

3)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 íntegras as cláusulas e condições ora contratadas.

4)Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à prevista, deverá arcar com a diferença de preço de diárias e taxas a critério do hospital e a complementação dos honorários médicos previamente negociada entre o usuário e o médico, não cabendo em hipótese alguma ressarcimento pela contratada.

5)A CONTRATADA não reconhece e nem se responsabiliza por qualquer acordo fora das coberturas contratuais ajustado particularmente pelos usuários com hospitais, entidades ou médicos cooperados ou não a ela.

6)As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante os períodos de carências serão de responsabilidade financeira do CONTRATANTE.

7)A responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste contrato, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

8)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.

XXX - FORO

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

E, por assim estarem justas e contratadas, assinam este contrato em 2 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Franca, 01 de maio de 2008

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

ANS nº 35.478-3

Unimed Franca

ANEXO I

1) VALORES DE CO-PARTICIPAÇÃO:

Procedimentos	Valores – R$
a) CONSULTAS (CONSULTÓRIO E UNIDADE DE EMERGÊNCIA)	R$ 12.00 (Doze reais).
b) EXAMES COMPLEMENTARES – (SADTs):	
Grupo I (Alta complexidade)	R$ 15.00 (Quinze reais).
Grupo II (Baixa complexidade)	Isentos.
c) DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/ FISIOTERAPIA	Isentos.
d) INTERNAÇÃO HOSPITALAR (POR EVENTO)	Isentos.

2) VALORES DA MENSALIDADE - PLANO "ALPHA EMPRESARIAL -

FAIXA ETÁRIA	INDIVIDUAL	% DE AUMENTO NA MUDANÇA DA FAIXA ETÁRIA	AGREGADOS	% DE AUMENTO NA MUDANÇA DA FAIXA ETÁRIA	FAMILIAR PER CAPTA	% DE AUMENTO NA MUDANÇA DA FAIXA ETÁRIA
00 a 18 anos	R$ 49,50	00,00 %	R$ 49,50	00,00 %	R$ 49,50	00,00 %
19 a 23 anos	R$ 58,00	17,17 %	R$ 58,00	17,17 %	R$ 58,00	17,17 %
24 a 28 anos	R$ 58,00	00,00 %	R$ 58,00	00,00 %	R$ 58,00	00,00 %
29 a 33 anos	R$ 92,50	59,48 %	R$ 92,50	59,48 %	R$ 92,50	59,48 %
34 a 38 anos	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %
39 a 43 anos	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %
44 a 48 anos	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %	R$ 92,50	00,00 %
49 a 53 anos	R$ 181,50	96,21 %	R$ 181,50	96,21 %	R$ 181,50	96,21 %
54 a 58 anos	R$ 181,50	00,00 %	R$ 181,50	00,00 %	R$ 181,50	00,00 %
Acima de 59 anos	R$ 220,00	21,21 %	R$ 220,00	21,21 %	R$ 220,00	21,21 %

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

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

Franca, 01 de maio de 2008.

x Cesar Winer da Silva
CONTRATANTE

CONTRATADA

Maria Manzano F. Fischer
TESTEMUNHAS

Inês Alcântara Pereira
TESTEMUNHAS