

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATANTE				
Razão Social	Associação Dos Serv Da Fund U Federal Do V S F			
Nome Fantasia	Assunivasf	CNPJ	07.548.350/0001-36	
Endereço	AV. SOUZA FILHO GAL IMPERIAL CENTER, 553, SALA 201 1 ANDAR, CENTRO, PETROLINA.PE			
CEP	56300-000	Telefone	87 988143218	Email
		e		diretoria@assunivasf.com.br / atendimento@assunivasf.com.br / secretaria@assunivasf.com.br

PREÇOS DOS PRODUTOS	
Faixa etária	Valor
00 - 18 anos	158,95
19 - 23 anos	170,95
24 - 28 anos	186,53
29 - 33 anos	201,87
34 - 38 anos	222,69
39 - 43 anos	250,99
44 - 48 anos	397,07
49 - 53 anos	568,89
54 - 58 anos	755,34
+ de 59 anos	952,89

INFORMAÇÕES DO PLANO	
NOME DO PLANO	Univale Proprio Enf Cop Empresarial
REG ANS	482.076/19-2
TIPO DE CONTRATAÇÃO	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia
TIPO PLANO	Coletivo Empresarial
FATOR MODERADOR	Franquia e Coparticipação
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria (coletivo)

QUANTIDADE VIDAS	
VENCIMENTO	

MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
O contratante obriga-se a comunicar à OPERADORA as inclusões e exclusões de beneficiários produto contratado, bem como qualquer alteração de dados a qual deverá ser encaminhada de acordo com Calendário de Movimentação de Fatura, estabelecido entre as partes, respeitando a data de vencimento escolhida, para que seja processada a inscrição/exclusão/alteração no mês subsequente.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO
Declaramos para os devidos efeitos do parágrafo único do art. 12 da Lei 9656/98, que nesta data, foram apresentadas todas as opções legais existentes de assistência médica, principalmente o Plano Referência, que concede cobertura integral, de todas as moléstias legalmente previstas, incluídos os exames, consultas e internamentos. Declaramos ainda que, a escolha acima feita, foi adotada em virtude de ser compatível com as necessidades e possibilidades financeiras da nossa empresa.

DECLARAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
Declaramos para fins do art. 11 da Lei 9656/98, que nesta data os usuários ora incluídos não são portadores de nenhuma doença, a não ser as que declaram em separado, ciente de que, existindo nesta data, qualquer doença não especificada, o tratamento da mesma somente será admitido após 24 meses de manutenção do contrato. Declaramos ainda que, fomos, cientificados do fato que, a omissão em prestar a declaração acima, em testemunho da verdade, implicaria em má-fé contratual, que poderia ensejar a rescisão do contrato no momento da constatação da falsidade.

Petrolina, _____ de _____ de 20____

Contratante: _____

Associação Dos Serv Da Fund U Federal Do V S F

Contratada: _____



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**CONTRATO DE
PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE**
www.unimed.vsf.com.br
Rua Nelson Siqueira, 220
56.050-000 - São Francisco - PE
T. (87) 3866-7900

UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO

TÍTULO 1 – DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

SUBTÍTULO 1 – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: Unimed Vale do São Francisco - Cooperativa de Trabalho Médico

Nome de fantasia: Unimed Vale do São Francisco

Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas: 40.853.020/0001-20

Registro de Operadora na ANS: 32326-8

Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica

Endereço: Rua do Coliseu, nº 123, Centro, CEP 56.302-390, Petrolina, PE

Endereço eletrônico: www.unimedvsf.coop.br

SUBTÍTULO 2 – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: Associação Dos Serv Da Fund U Federal Do V S F

Nome de Fantasia: Assunivasf

C.N.P.J: 07.548.350/0001-36

Endereço: AV. SOUZA FILHO GAL IMPERIAL CENTER, 553, SALA 201 1 ANDAR, CENTRO, PETROLINA.PE CEP56300-000

Por este instrumento particular as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designada CONTRATADA e CONTRATANTE, resolvem celebrar este contrato, de acordo com as informações contidas na proposta de Adesão, para prestação de serviços médicos ambulatoriais e hospitalares que se regerá pelos termos que mutuamente aceitam e outorgam.

TÍTULO 2 – CARACTERÍSTICAS E ATRIBUTOS DO PLANO

SUBTÍTULO 1 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/1998 visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento.
2. Objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e hospitalar compreendendo partos e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

SUBTÍTULO 2 – NATUREZA DO CONTRATO

1. O presente Contrato de Operação de Plano Coletivo de Assistência à Saúde reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato de adesão,

regulado pelo artigo 424 do mesmo Código, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

SUBTITULO 3 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. O tipo de contratação do plano de saúde é Coletivo Empresarial, conforme determina o artigo 16, inciso VII, “b” da Lei nº 9656/98.
2. Plano privado de assistência à saúde **COLETIVO EMPRESARIAL** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada por relação empregatícia ou estatutária.

SUBTITULO 4 – NOME COMERCIAL E REGISTRO ANS

1. Os registros de identificação a que se refere este contrato são os seguintes:
 - a. Nome do Plano: Univale Proprio Enf Cop Empresarial
 - b. Nome Comercial: Unifácil I – Enfermaria Empresarial
 - c. Número do Registro ANS: 482076192
 - d. Este produto **NÃO PRÊVE LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

SUBTITULO 5 – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

1. Este contrato é um plano de segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA, conforme a legislação vigente.

SUBTITULO 6 – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. Durante a internação clínica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante ao beneficiário, dentro dos recursos próprios ou contratados, acomodação em quarto coletivo.

SUBTITULO 7 – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica, através dos médicos cooperados, rede credenciada ou contratada pela Unimed Vale do São Francisco, nos municípios de: Petrolina no Estado de Pernambuco, Juazeiro no Estado da Bahia.
2. Os hospitais que utilizam tabela própria não estão incluídos na cobertura deste contrato. A Contratada não se responsabiliza por despesas realizadas nessas unidades.

TITULO 3 – DOS BENEFICIÁRIOS

SUBTITULO 1 – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. O beneficiário poderá ser inscrito como titular no plano coletivo empresarial quando vinculado à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, de acordo com a legislação em vigor.

SUBTITULO 2 – DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. São inscritos como beneficiários titulares desde que preenchidos os requisitos de elegibilidade as seguintes pessoas:
 - a) Os sócios da pessoa jurídica contratante;
 - b) Os empregados por relação empregatícia ou estatutária.

SUBTITULO 3 – DOS DEPENDENTES

1. A adesão e continuidade do grupo familiar no plano dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.
2. Entende-se como beneficiário dependente aquele com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular.
3. Admite-se para fins contratuais como beneficiário dependente:
 - a) Cônjuge;
 - b) Os filhos solteiros, até 18 anos incompletos, ou aqueles que, ao completar maioridade, estiverem cursando nível superior (até o limite de 24 anos completos);
 - c) Os filhos absolutamente incapazes assim declarado através de sentença judicial/laudo médico e cópia da declaração de imposto de renda, onde conste como dependente;
 - d) O enteado, que fica equiparado aos filhos;
 - e) O menor adotado, tutelado ou sob guarda judicial;
 - f) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge.
4. Responsabiliza-se a CONTRATANTE pela comprovação da relação de dependência dos inscritos, sendo assegurada à CONTRATADA a faculdade de exigir a comprovação quando julgar necessária.

SUBTITULO 4 – DA INCLUSÃO

1. No plano coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, poderá o beneficiário ingressar isento do cumprimento de carências, desde que ingresse em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
2. Os filhos recém-nascidos, natural, adotivo, sob guarda ou tutela, poderão ser inscritos sem alegação de qualquer doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias contados da data do evento, período em que será garantida a assistência médica dentro da cobertura nos termos da regulamentação vigente.
3. Do filho adotivo, menor de doze anos, do beneficiário poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que a inclusão seja feita em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção ou guarda provisória.
4. A inscrição que ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do evento, deverá ocorrer com a exigência do cumprimento de todas as carências contratuais, bem como poderá ser alegada qualquer doença ou lesão preexistente, através da cobertura parcial temporária.
5. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e identificação completa de cada um,

principalmente a titularidade de sua vinculação com a entidade, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência e documentos comprobatórios.

6. É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como CPF, RG, filiação, profissão, endereço do beneficiário titular etc.
7. O novo beneficiário só terá direito à fruição do plano, nos termos contratados e respeitando-se o cumprimento das carências, após o pagamento da primeira mensalidade referente à sua inclusão.
8. Ficará a critério da CONTRATADA a solicitação, através de declaração de Saúde ou perícia, bem como a realização de exames prévios clínicos e de auxílio diagnóstico de adesão dos beneficiários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações da CONTRATANTE, quando for o caso.
9. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição ou manutenção, será excluído do contrato após decurso do prazo estabelecido, nos termos da legislação vigente.
10. O contratante obriga-se a comunicar à OPERADORA as inclusões e exclusões de beneficiários produto contratado, bem como qualquer alteração de dados a qual deverá ser encaminhada de acordo com Calendário de Movimentação de Fatura, estabelecido entre as partes, respeitando a data de vencimento escolhida, para que seja processada a inscrição/exclusão/alteração no mês subsequente.

SUBTÍTULO 5 – DA EXCLUSÃO

1. Cessará automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário:
 - a) Quando solicitado pela CONTRATANTE exclusão do beneficiário no plano privado de assistência à saúde que esteja inscrito.
 - b) Quanto o beneficiário deixar de atender a qualquer requisito de elegibilidade prevista em contrato ou na legislação.
2. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
 - a) Fraude;
 - b) Não pagamento da fatura
 - c) Por perda do vínculo do titular previsto neste contrato, ou de dependência, ressalvado o disposto neste contrato quanto à permanência do demitido ou aposentado, prevista também nos Art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e resolução normativa da ANS vigente à época do fato.

TÍTULO 4 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS

SUBTÍTULO 1 – DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

1. A segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas,

ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I. cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento;
- IV. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- V. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VI. cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
- VII. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;
- VIII. cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- IX. cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- X. cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- XI. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
 - a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de

- outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA;
- XII. cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial;
- XIII. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento;
- XIV. cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- XV. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos no Rol de coberturas da ANS vigente à época do evento.

§ 1º Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

- i. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
- ii. quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- iii. embolizações.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

SUBTÍTULO 2 – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

1. A segmentação Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X desta *cláusula*, observadas as seguintes exigências:
 - I. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
 - II. quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:
 - i. somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
 - ii. a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

- III. cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
- IV. cobertura de transplantes listados Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - i. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
 - ii. os medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - iv. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
- V. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
 - i. que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - ii. que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta RN, respeitando-se a segmentação contratada;
- VI. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
- VII. cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - i. crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - ii. idosos a partir dos 60 anos de idade; e
 - iii. pessoas com deficiência;
- VIII. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no Rol vigente, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas

- que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e
- X. cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - ii. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - iii. procedimentos radioterápicos previstos no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - iv. hemoterapia;
 - v. nutrição parenteral ou enteral;
 - vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
 - vii. embolizações listadas no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
 - viii. radiologia intervencionista;
 - ix. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - x. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento; e;
 - xi. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso IX, 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, observadas as seguintes regras:

- I. em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- II. **os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura obrigatória do plano de saúde pela operadora.**

SUBTÍTULO 3 – DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

1. A segmentação Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência
2. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Rol de Procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:
 - I. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante;
 - i. pré-parto;
 - ii. parto; e
 - iii. pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
 - II. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
 - III. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

SUBTÍTULO 4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. **Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:**
2. **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
3. **Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;**
4. **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
5. **Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**
6. **Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;**
7. **Fornecimento de fraldas;**
8. **Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;**
9. **Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;**

10. Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a. acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - b. acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - c. despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
11. Cirurgias para mudança de sexo;
12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
13. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
14. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato quando ocorrido dentro da área de abrangência contratada;
15. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
16. Inseminação artificial, fertilização in vitro ou qualquer técnica de tratamento para reprodução assistida;
17. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
18. Cirurgias plásticas estéticas ou não, de qualquer natureza, exceto aquelas expressamente previstas na cobertura no Rol de procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
19. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
20. Aplicação de vacinas;
21. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
22. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
23. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
24. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar;
25. Internação domiciliar, Home Care ou similares;
26. Transplantes, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e eventos da ANS vigente à época do evento;
27. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
28. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência do contrato;

- 29. Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;**
- 30. Procedimentos não previstos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- 31. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.**

TITULO 5 – DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, com vigência a partir de sua assinatura e pagamento, respeitadas as carências expressamente contratadas, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional, podendo ser, a partir daí, ser denunciado por qualquer das partes, desde que o faça por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem qualquer ônus.
2. Para fins de aplicação do reajuste anual será considerada a data de início a da assinatura do contrato.
3. A manutenção deste Contrato está vinculada à comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário de contrato.

TÍTULO 6 – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. A UNIMED assegura, aos beneficiários titulares e dependentes, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados, quando solicitada por médico assistente de acordo com as carências abaixo:

a)	24 (vinte e quatro) horas	Para atendimento de urgência e complicações no processo gestacional	Atendimento integral
b)	24 (vinte e quatro) horas	Emergência	Limitado as primeiras 12 horas (SEM INTERNAMENTO) ou até que surja a necessidade internação.
c)	30 (trinta) dias	Consultas médicas e EXAMES SIMPLES*	
d)	180 (cento e oitenta) dias	Para todos os demais exames e procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, nutricionista, exceto partos;	
e)	300 (trezentos) dias	para partos a termo	

- SÃO CONSIDERADOS EXAMES SIMPLES EXCLUSIVAMENTE OS ABAIXO LISTADOS PARA FIM DE APLICAÇÃO DO PRAZO DE CARÊNCIA PREVISTO DO ITEM 1 DESTE TÍTULO:** Ácido úrico, Albumina, Bilirrubinas total direta e indireta, Colesterol total, Creatinina, Glicose, Uréia, Hemossedimentação (VHS), Creatinina, Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato), Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina), Sífilis – VDRL, Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia), Hemograma com contagem de plaquetas, Parasitológico de fezes, Grupo sanguíneo ABO e RH, RX de Tórax;
- Não se transmitirão, sob nenhuma hipótese, os prazos de carências já cumpridos por beneficiários para outro, mesmo que haja dependência entre eles.

TÍTULO 7 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas em resolução normativa da ANS vigente à época do evento.
- O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, os novos beneficiários deverão preencher o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
- O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela UNIMED, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de

- procedimentos de alta complexidade, a UNIMED oferecerá a cobertura parcial temporária
9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes.
 10. Caso a UNIMED não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
 11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
 12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.
 13. É vedada à UNIMED a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, desde que não haja interrupção do plano contratado.
 14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.
 15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
 16. Instaurado o processo administrativo na ANS, à UNIMED caberá o ônus da prova.
 17. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
 18. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
 19. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
 20. Após julgamento, e acolhida à alegação da UNIMED, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.
 21. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

22. A UNIMED não está obrigada a utilizar primeiramente a via administrativa para a comprovação de fraude contratual, podendo, a qualquer momento, requerer por via judicial a apreciação do caso.

TÍTULO 8 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tipo de Plano	Situação de Plano	Tipo de Atendimento	Cobertura
Ambulatorial	Independente da situação	Independente do tipo	Limitada 12h
Hospitalar	Em carência	Situação que não seja acidente pessoal	Limitada 12h
Hospitalar	Em carência	Acidente pessoal	Ilimitada
Hospitalar	Carência cumprida	Independente do tipo	Ilimitada

1. Entende-se como urgência o evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional.
2. Entende-se como emergência o evento que implica no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, mediante declaração do médico assistente.
3. É assegurado após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato o atendimento integral de acidente pessoal caracterizado como urgência.
4. É garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência dentro da área de geográfica e de abrangência do plano contratado nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação, conforme estabelecido em normativo da Agência Nacional de Saúde.
5. É garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência dentro da área de geográfica e de abrangência do plano contratado aos beneficiários que estiverem em situação de carência ou cobertura parcial temporária, pelo período de até 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação, conforme estabelecido em normativo da Agência Nacional de Saúde.
6. Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à UNIMED.
7. A UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência a saúde, nos casos exclusivos de urgência e emergência, DENTRO DA ÁREA DE GEOGRÁFICA E DE ABRANGÊNCIA DO PLANO CONTRATADO, quando não for possível a utilização de serviços pela rede credenciada, reembolsado conforme características do plano e critérios estabelecidos em normativo da Agência Nacional de Saúde.

SUBTÍTULO 1- REMOÇÃO PARA O SUS

1. Quando caracterizada pelo médico assistente/cooperado a falta de recursos

oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, o presente contrato garantirá cobertura da remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato (Art. 12, inciso II, alínea "e", da Lei 9.656/1998).**

2. É garantida a remoção para a unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado em normativo da ANS vigente à época do evento;
3. É garantida a remoção para a unidade do **SUS, DENTRO DA ÁREA DE GEOGRÁFICA E DE ABRANGÊNCIA DO PLANO CONTRATADO**, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme estabelecido em normativo da Agência Nacional de Saúde vigente à época do evento.
4. Nos casos previstos neste subtítulo, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a UNIMED, desse ônus.
5. Caberá à UNIMED o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
6. Na remoção, a UNIMED deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
7. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida acima, a UNIMED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

TÍTULO 9 - MECANISMO DE REGULAÇÃO

1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela OPERADORA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.
2. A OPERADORA utiliza para gerenciar a demanda ou utilização dos serviços os seguintes mecanismos de regulação: direcionamento ou perícia profissional e autorizações prévias.
3. A OPERADORA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos neste Contrato, os serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos no Contrato, obedecida a cobertura contratada, **exclusivamente nos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) e estritamente de acordo com o Guia Médico disponibilizado.**

SUBTÍTULO 1 - DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

1. A OPERADORA fornecerá ao titular e respectivos dependentes um cartão de identificação referente ao plano ora contratado, com prazo de validade, cuja

apresentação acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, lhes assegurarão os direitos e vantagens deste Contrato, podendo a OPERADORA adotar, a qualquer tempo, novo sistema que possa contribuir para a melhoria do atendimento.

2. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético, o CONTRATANTE deve participar por escrito o fato à OPERADORA, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na cláusula "Reajuste".
3. No caso de furto ou roubo, o CONTRATANTE/titular deverá apresentar o Boletim de Ocorrência Policial, onde constará o registro da ocorrência, isentando-se deste modo, a cobrança da taxa de emissão de 2º via de cartão.
4. **Em caso de exclusão de beneficiários ou de rescisão deste Contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.**

SUBTÍTULO 2 - DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

1. Será distribuído ao CONTRATANTE/titular um Guia Médico, específico para a abrangência contratada (grupo de municípios), editado pela OPERADORA, informando a relação dos seus cooperados, hospitais, clínicas e recursos próprios que estão aptos a prestarem os serviços ora contratados. O Guia Médico será revisto periodicamente e atualizado conforme as novas inclusões, alterações e exclusões de cooperados e prestadores de serviços. O Guia Médico também poderá ser consultado através da internet (www.unimedvsf.coop.br), link Guia Médico.
2. Por se tratar de produto com área geográfica de abrangência grupo de municípios e pela definição de uma Rede Própria, os atendimentos devem ser feitos exclusivamente nos recursos próprios da OPERADORA nas seguintes categorias:
3. **Rede Hospitalar – exclusivamente Hospital Unimed em Juazeiro e Hospital Unimed em Petrolina**
4. **Rede Laboratorial – exclusivamente Laboratório Unimed**
5. **Serviços de Imagem – exclusivamente Centro de Diagnósticos Unimed**
6. **Demais prestadores de serviços informados no Guia Médico para este produto.**

SUBTÍTULO 3 - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

1. Os atendimentos de urgência/emergência que acontecerem na área geográfica de abrangência contratada, deverão obrigatoriamente ser feitos em qualquer dos hospitais da rede própria da Unimed. As consultas eletivas deverão ser realizadas no consultório do médico cooperado escolhido, conforme o Guia Médico.
2. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.
3. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a OPERADORA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação,

quando então a OPERADORA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

4. Em caso de necessidade de complemento de procedimentos, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à OPERADORA a solicitação de complemento emitida pelo médico assistente.
5. **A OPERADORA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente e/ou no Contrato.**

SUBTÍTULO 4 - DA INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO

1. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a OPERADORA garantirá o atendimento em:
 - I. Prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
 - II. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.
2. No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela OPERADORA ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes ou, através de reembolso ao beneficiário, mediante apresentação de comprovantes originais das despesas.
3. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a OPERADORA garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

SUBTÍTULO 5 - DA INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NO MUNICÍPIO

1. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a OPERADORA garantirá atendimento em:
 - I. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. Neste caso a OPERADORA está desobrigada a garantir o transporte do beneficiário.
 - II. Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. Neste caso a OPERADORA garantirá o transporte do beneficiário.
2. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a OPERADORA garantirá o transporte do

beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

SUBTÍTULO 6 - DO TRANSPORTE

1. A garantia de transporte prevista nos parágrafos “DA INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO” e “DA INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NO MUNICÍPIO” não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.
2. A escolha do meio de transporte fica a critério da OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.
3. A garantia de transporte prevista nos parágrafos “DA INDISPONIBILIDADE DE PRESTADOR INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO” e “DA INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NO MUNICÍPIO” estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

SUBTÍTULO 7 - DO REEMBOLSO

1. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência ou nas hipóteses previstas em normativa do ANS vigente à época do evento, DENTRO DA ÁREA DE GEOGRÁFICA E DE ABRANGÊNCIA DO PLANO CONTRATADO, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com os critérios definidos pela ANS, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.
2. No caso de reembolso parcial será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela UNIMED, vigentes à data do pagamento, no que se referem a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.
3. No caso de plano com previsão de cláusula de co-participação ou franquia, o valor correspondente será deduzido do reembolso pago ao beneficiário.
4. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:
 - I. O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
 - II. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

- III. Recibos individualizados ou notas fiscais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- IV. Comprovantes de pagamentos relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
5. Análise do reembolso levará em consideração as hipóteses de cabimento de reembolso listadas em resolução normativa da ANS.
6. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
7. O prazo para solicitação junto à UNIMED é 12 (doze) meses a contar da data do atendimento que ensejou a solicitação de reembolso.

SUBTÍTULO 8 - DA JUNTA MÉDICA

A OPERADORA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da OPERADORA e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela OPERADORA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

SUBTÍTULO 9 - DA REDE HOSPITALAR

1. A OPERADORA reserva-se o direito de rescindir o Contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, onde fica assegurado ao CONTRATANTE e aos seus dependentes regularmente inscritos, a manutenção da rede contratada, referenciada ou credenciada de entidades hospitalares da OPERADORA, observando-se o artigo 17 da Lei nº. 9.656/98:
2. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
3. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a OPERADORA deverá solicitar a ANS autorização expressa para proceder à efetiva exclusão da entidade hospitalar.

SUBTÍTULO 10 – COPARTICIPAÇÃO

1. Este contrato prevê a cobrança de coparticipação que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização do serviço prestado.
2. Para fins de consulta de URGENCIA será cobrado o valor correspondente a 40% para cada consulta realizada em Pronto Atendimento ou Pronto Socorro.
3. O pagamento do referido valor será realizado de acordo com a tabela praticada para referido plano.

4. As despesas realizadas a título de coparticipação serão enviadas através de boleto bancário, juntamente com a mensalidade do plano contratado.

SUBTÍTULO 11 - FRANQUIA

- Este contrato prevê a cobrança de Franquia que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente ao Prestador de Serviços, credenciados da CONTRATADA, no momento da realização de CONSULTAS EXAMES e PROCEDIMENTOS.
- Os valores de Franquia serão diferenciados em função das Consultas e Exames e Procedimentos, realizados e conforme a Tabela de Preços existente entre o Prestador de Serviço Credenciado e a UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO.
- Será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO CONTRATANTE o pagamento de eventuais valores de Franquia, cobrados diretamente pela rede prestadora dos serviços.
- A CONTRATADA não possui qualquer responsabilidade de pagamento sobre o valor referente aos 40% (quarenta por cento) da Tabela Contratada.
- Os valores que excederem ao percentual fixado neste contrato, referente ao serviço realizado pelo beneficiário é de inteira responsabilidade da UNIMED Vale do São Francisco, que arcará com a diferença dos custos, diretamente ao Prestador de Serviços contratado, realizador do Serviço.
- Haverá cobrança de Franquia definida em percentual (%), sobre a Tabela de Convênio firmada entre a UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO para as consultas médicas, realização de procedimentos ambulatoriais, exames básicos e especiais, e serviços de diagnóstico e terapia, conforme abaixo:

SERVIÇOS	FRANQUIA
• Consultas médicas	40 % (quarenta por cento) sobre a Tabela existente entre a Unimed Vale do São Francisco e o Prestador dos Serviços Realizador da consulta.
• Exames básicos; • Exames Especiais; • Exames de alta complexidade	40 % (quarenta por cento) sobre a Tabela existente entre a Unimed Vale do São Francisco e o Prestador dos Serviços Realizador dos Exames e Procedimentos
• Procedimentos e Quimioterapia Ambulatoriais, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição.	40 % (quarenta por cento) sobre a Tabela existente entre a Unimed Vale do São Francisco e o Prestador dos Serviços Realizador (aqueles definidos em GUIA SADT como de natureza ambulatorial, mesmo que eventualmente utilize o bloco cirúrgico); 40 % (quarenta por cento) sobre o valor da medicação, sendo devida a franquia a cada solicitação médica.
• Quimioterapia oncológica ambulatorial de uso domiciliar de uso oral, (Conforme Rol de Procedimentos da ANS).	40 % (quarenta por cento) sobre o valor da medicação, sendo devida a cobrança a cada solicitação médica.
• Internações psiquiátricas	40 % (quarenta por cento) sobre o valor de cada diária de internação (nele incluído despesas com atendimento multiprofissional,

	medicamentos, taxas ou qualquer outra despesa relacionada ao paciente), quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do contrato.
--	---

SUBTÍTULO 12 - INFORMAÇÕES DO GUIA MÉDICO

Será distribuído ao Beneficiário o GUIA MÉDICO da Unimed Vale do São Francisco, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, correspondentes ao seu respectivo contrato. A atualização do Guia Médico da Unimed Vale do São Francisco estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada e no site www.unimedvsf.coop.br. DEVENDO, ENTRETANTO, O BENEFICIÁRIO, AO UTILIZAR-SE DOS SERVIÇOS, CONFIRMAR AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO GUIA MÉDICO EM RAZÃO DE PROCESSO DINÂMICO DO QUADRO DE MÉDICOS E DA REDE CONTRATADA E/OU CREDENCIADA.

SUBTÍTULO 13 - DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

1. O beneficiário deverá solicitar autorização prévia a Unimed para os seguintes exames e procedimentos:
 - I. Todas as cirurgias e procedimentos eletivos;
 - II. Todos os exames e/ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos, tais como: Litotripsia; Punções e Biópsia; Provas e testes alérgicos; Teste ergométrico; Eletrocardiografia dinâmica; Ecocardiograma; Exames e/ou tratamento por hemodinâmica; Monitorização ambulatorial de pressão arterial - MAPA; Exame de anatomia patológica e citopatológica; Eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia; Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e genito-urinário; Fisioterapia; Exames citogenéticos; Transfusão sanguínea eletiva; Pesquisa de HIV; Biópsias; Dosagens hormonais; Provas ventilatórias; Quimioterapia e/ou radioterapia; Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio; Radiodiagnóstico contrastado; Radiologia intervencionista; Ultrasonografia; Densitometria óssea; Tomografias computadorizadas; Exames de ressonância nuclear magnética; Exames de ecodoppler; -Exames e/ou procedimentos oftalmológicos eletivos; Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo; Exames e/ou procedimentos urológicos eletivos; Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos; Hemodiálise e/ou diálise peritoneal.

TÍTULO 10 – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O plano será custeado em regime de preço pré-estabelecido, o valor da contraprestação pecuniária é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas.

SUBTÍTULO 1 – DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE

1. Os serviços previstos neste contrato serão efetivamente prestados após o pagamento da primeira fatura e acatamento da Proposta de Adesão.

2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à OPERADORA, através da emissão de faturas, os valores relacionados neste Contrato, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, bem como, os valores devidos a título de COPARTICIPAÇÃO (quando houverem), salvo nos casos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.e.
3. A fatura emitida pela OPERADORA será baseada na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inscrição/exclusão/alteração de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no momento do faturamento.
4. A CONTRATADA não efetuará cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas de permanência do demitido ou aposentado, conforme os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.
5. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
6. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à UNIMED, para que não se sujeite às consequências da mora.
7. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo do atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito autorizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.
8. ***O CONTRATANTE reconhece que os valores das faturas vencidas constituem dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a CONTRATADA proceder à sua cobrança por extensão judicial, sem prejuízos das demais sanções previstas neste contrato.***

SUBTITULO 2 – FAIXAS ETÁRIAS

1. Ocorrendo mudança na idade de qualquer dos beneficiários com vínculo ativo (empregados) ou com vínculo inativo (ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados), que implique em deslocamento para outra faixa etária, o reajuste na mensalidade será cobrado a partir do mês subsequente da ocorrência da alteração.
 - a) Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados a seguir:

Percentual por Faixa Etária	
Faixa Etária	Percentual
00 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	7,55%
24 a 28 anos	9,13%
29 a 33 anos	8,22%
34 a 38 anos	10,31%
39 a 43 anos	12,71%

44 a 48 anos	58,20%
49 a 53 anos	43,27%
54 a 58 anos	32,77%
59 anos a maior	26,15%

- b) Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no quadro acima, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual das mensalidades.
- c) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa, conforme legislação vigente;
2. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, de acordo com a Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso, e a Resolução ANS nº 63/2003, estão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária;

TÍTULO 11 – DO REAJUSTE

SUBTÍTULO 1- REAJUSTE ANUAL (SEM AGRUPAMENTO)

- O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse subtítulo.
- Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice **IPCA PLANO DE SAÚDE (Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo - Plano de Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**, que será apurado no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
- Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 2, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.
 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.
 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Onde:

- R Financeiro = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IPCA PLANO DE SAÚDE (Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo - Plano de Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística – IBGE, no período, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

- **R Técnico = S/Sm – 1**

Onde:

- S = sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)
- Sm = meta de sinistralidade

3.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3.1, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 2 e 3.1 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.
5. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária ou para atender requisito previsto em lei ou normativo editado pela ANS.
8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) será divulgado 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, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

SUBTÍTULO 2 - REAJUSTE POR AGRUPAMENTO RN – 309/2012 DA ANS – POOL DE RISCO

1. O reajuste por agrupamento abrange contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.
 - 1.1. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.
 - 1.2. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.
 - 1.3. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 2.

- 1.4. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item relativo ao reajuste sem agrupamento.
- 1.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.
2. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.
 - II.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o **IPCA PLANO DE SAÚDE (Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo - Plano de Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**, que será apurado no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
 - II.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
 - II.2. **Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.**
 - II.2.1. **O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.**
 - II.2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

Onde:

- R Financeiro = deverá refletir a reposição financeira para o período, e corresponderá à variação positiva acumulada do IPCA PLANO DE SAÚDE (Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo - Plano de Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no período, ou outro índice que reflita a realidade do mercado, conforme acordo entre as partes.

- **$R \text{ Técnico} = S/Sm - 1$**

Onde:

- S = sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)
- Sm = meta de sinistralidade

- 2.1.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.2 e seguintes, este deverá ser procedido de **FORMA COMPLEMENTAR ao especificado no item 2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.**

TÍTULO 12 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- I. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:
1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
 - a) pela rescisão do presente Contrato;
 - b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE;
 - c) fraude praticada por beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
 2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
 - a) pela perda da condição de dependência prevista em Cláusula específica prevista neste Contrato;
 - b) a pedido do beneficiário titular, através de comunicação expressa da pessoa jurídica CONTRATANTE; no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do pedido. Expirado o prazo de 30 (trinta) dias sem que a pessoa jurídica CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à OPERADORA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à OPERADORA apresentando documento que comprove, de forma inequívoca, que a pessoa jurídica CONTRATANTE foi notificada formalmente quanto ao seu pedido de exclusão. A solicitação de exclusão do beneficiário titular junto à OPERADORA poderá ser:
 - i. presencialmente, na sede da Operadora,
 - ii. por meio de atendimento telefônico na central de atendimento da Unimed,
 - c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- II. Os filhos que perderem a condição de dependência conforme Cláusula específica prevista neste Contrato poderão optar por um novo Contrato, na contratação Individual ou Familiar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da perda do direito como beneficiário dependente; responsabilizando-se assim pelo pagamento das contraprestações pecuniárias, cujos valores corresponderão à tabela vigente na data de adesão.
- III. A contagem de períodos de carência, quando cabível, considerará os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde **dentro desta operadora**, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.
- IV. Somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes no plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras de portabilidade, adaptação ou migração previstas na legislação.

- V. A OPERADORA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:
- Inadimplência;
 - fraude;
 - perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE ou de dependência, previstos neste Contrato.
- VI. A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes

TÍTULO 13 – DA RESCISÃO OU SUSPENSÃO

- O atraso no pagamento da fatura por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.
- O presente Contrato pode ser rescindido motivadamente e a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo
 - se houver atraso no pagamento da(s) fatura(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do Contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente até o quinquagésimo dia de inadimplemento, conforme disposto em lei, sem prejuízo do direito da OPERADORA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias
 - por fraude, assim considerada entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do CONTRATANTE
 - se constatada a irregularidade cadastral da CONTRATANTE, no mês de aniversário do Contrato, conforme determinado no Tema II-Condições de Admissão, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE de 60 (sessenta) dias de antecedência. A rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade dos registros nos órgãos competentes.
- O presente Contrato pode ser rescindido imotivadamente pela OPERADORA após a vigência do período de 12 (doze) meses, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE; com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- Durante o prazo acima previsto de 60 (sessenta) dias de antecedência não será admitida inscrição de beneficiários no Contrato.
- O CONTRATANTE arcará com quaisquer despesas decorrentes de atendimentos que tenham sido originados durante a vigência do Contrato aos beneficiários (titulares e dependentes) e que ainda não tenham sido liquidados até a rescisão do Contrato; sem prejuízo da inscrição do nome do (a) CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito.
- A suspensão ou rescisão do Contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no Contrato.
- É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de beneficiários (titulares e/ou dependentes), ou rescisão deste Contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela OPERADORA, respondendo sempre, perante a última e sob todos os aspectos,

pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até que expirem os respectivos prazos de validade, não cabendo, a partir da exclusão do beneficiário ou da rescisão do presente, qualquer responsabilidade da OPERADORA em relação ao uso indevido desses documentos.

8. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento mesmo que na forma contratada pelo CONTRATANTE de beneficiários excluídos ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários, com ou sem conhecimento/consentimento destes.

TITULO 14 - DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS.

1. O CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário (e dos beneficiários dependentes a ele vinculados) nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à OPERADORA o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução Normativa nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.
2. O exonerado/demitido sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.
3. O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano. Não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes.
4. Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a COPARTICIPAÇÃO do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.
5. Fica assegurada a manutenção da condição de beneficiário a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.
6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.
7. Em caso de morte do titular, exonerado/demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste Contrato.
8. Fica assegurado o direito ao beneficiário, exonerado/demitido ou aposentado, de não haver exclusão de vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
9. O empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Do Período de Manutenção da Condição de Beneficiário para ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa ou Aposentado.

1. O período de manutenção da condição de beneficiários para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
2. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:
 - a) Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
 - b) À razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.
3. A Condição de Beneficiário deixará de existir:
 - a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos no parágrafo que trata “Do Período de Manutenção da Condição de Beneficiário para Ex-Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado”; ou
 - b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
 - c) Pelo cancelamento do empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo Primeiro. Para a hipótese prevista na alínea “c” acima, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o cancelamento do Contrato, pelo ingresso em um plano Individual ou Familiar da OPERADORA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A OPERADORA disponha de um Plano Individual ou Familiar e,
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes, conforme tabela de valores vigente na data de adesão ao plano.

Parágrafo Segundo. A CONTRATANTE obriga-se a informar ao empregado sobre o cancelamento do plano privado de assistência à saúde em tempo hábil para que possa optar pela adesão ao plano Individual ou Familiar dentro do prazo de que trata o Parágrafo Primeiro.

Do Direito de Exercer a Portabilidade Especial de Carências

É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da Resolução Normativa nº 279, de 2011, c.c artigo 7º-C da Resolução Normativa nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Da Obrigatoriedade de Comunicação ao Beneficiário

1. O CONTRATANTE fica obrigado a cientificar o ex-empregado no ato da comunicação do aviso prévio (a ser cumprido ou indenizado) ou da comunicação da aposentadoria sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.
2. O CONTRATANTE deve fornecer as seguintes informações à OPERADORA quando comunicar a exclusão do plano privado de assistência à saúde:
 - a) e o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
 - b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa;
 - c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
 - d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano privado de assistência à saúde; e
 - e) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.
3. **A OPERADORA só poderá realizar a exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho e do fornecimento das informações acima previstas.**

TÍTULO 15 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos tem privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
2. Na eventualidade de insatisfação quanto ao atendimento dos profissionais e colaboradores da Unimed, O CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração ou através do nosso site no endereço www.unimedvsf.coop.br.
3. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO ou de outros documentos, o beneficiário titular obriga-se a comunicar em 48 (quarenta e oito) horas, por escrito, o fato à CONTRATADA.
4. Será cobrado o valor de R\$ 8,00 (Oito reais), reajustável anualmente pelo mesmo índice aplicável ao contrato, por emissão de segunda via do cartão de Identificação da operadora, para fim de ressarcimento de custos. As renovações dos cartões vencidos não serão cobradas.
5. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
6. O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde através do Coordenador Médico, conforme legislação vigente.
7. Declara a CONTRATANTE que foi oferecido ao mesmo, quando da comercialização deste produto, o Plano de Referência, que lhe faculta coberturas iguais a este

- contrato, acrescentando-se o atendimento de urgência e emergência com 24 (vinte e quatro) horas de carência, conforme Resolução nº 13/98 do CONSU, sendo que, de forma expressa anuiu em não escolher o aludido plano.
8. Considera-se má-fé contratual, a declaração negativa de doenças preexistentes, que forem comprovadamente reconhecidas como existentes ao tempo de contratação.
 9. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos Vigentes e no contrato.
 10. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário; rescisão, resolução ou resilição do presente contrato.
 11. Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:
 12. **CONTRATANTE:** é a pessoa física ou jurídica (qualificada na proposta em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde mencionado no objeto do presente contrato.
 13. **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento,
 14. **PROPOSTA:** é o documento validado pela Contratada, preenchido pelo Contratante, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.
 15. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
 16. **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, decorrente da aceitação de inclusão de tratamento doenças pré-existentes e que elide a possibilidade de se omitir atendimentos no período legalmente permitido de 24 meses.
 17. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório (porte anestésico zero), sem necessidade de internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
 18. **BENEFICIÁRIO:** é consumidor de plano de saúde que poderá estar vinculado através do um contrato pessoa física, com ou sem grupo familiar, ou através de contrato firmado por pessoa jurídica com legitimidade para tanto.
 19. **BENEFÍCIO:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas do contrato.
 20. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

21. **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito, total ou parcial, às coberturas contratadas.
22. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** é a cédula onde se determina a identidade do beneficiários (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
23. **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.
24. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
25. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
26. **COBERTURA:** é a cláusula contratada, que o beneficiário tem direito.
26. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite num prazo determinado, a suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes, assim caracterizadas pela ANS.
27. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU):** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
28. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS):** é o órgão vinculado ao Ministério da Saúde que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
29. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
30. **CONTRATO INDIVIDUAL:** é aquele oferecido para livre adesão de beneficiários, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.
31. **CONTRATO FAMILIAR:** é aquele em que é facultado ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.
32. **CONTRATO COLETIVO:** é aquele firmado por pessoa jurídica para prestar assistência médica aos beneficiários legitimados definidos em contrato ou na legislação relativa ao tema em vigor.
33. **CONVIVENTE:** é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado ou companheiro.
34. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
35. **DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE:** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o beneficiário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes até a data de inclusão no plano.
36. **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
37. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
38. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou

- hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do beneficiário, ou com a sua morte.
39. EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiários.
 40. São considerados **EXAMES BÁSICOS** de diagnóstico e terapia: 1) análises clínicas; 2) histocitopatologia; 3) eletrocardiograma convencional; 4) eletroencefalograma convencional; 5) exames radiológicos simples sem contraste. São considerados
 41. **EXAMES ESPECIAIS/ALTA COMPLEXIDADE** de diagnóstico e terapia: 1) Angiografia; 2) Angioplastia 3) Arteriografia; 4) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 5) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido 6) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), 7) Endoscopia diagnóstica e cirúrgica 8) ultra-sonografia; 9) tomografia computadorizada; 10) ressonância nuclear magnética; 11) medicina nuclear; 12) densitometria óssea; 13) laparoscopia diagnóstica; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) litotripsia; 16) radiologia com contraste e intervencionista; 17) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; 18) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; 19) oxigenoterapia hiperbárica; 20) exame testes alergológicos, 21) Exames e testes oftalmológicos; 22) exames e testes otorrinolaringológicos; 23) eletromiografia; 25) eletroneuromiografia; 24) Prova de função Pulmonar; 25) Inaloterapia; 26) Teste Ergométrico. **São também considerados procedimentos de alta complexidade a quimioterapia, a radioterapia, a diálise e a hemodiálise.**
 42. FRANQUIA: é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, do qual a OPERADORA não se obriga a pagar, devendo o Contratante se responsabilizar pelo pagamento do procedimento realizado, diretamente ao Prestador do serviço.
 43. INSCRIÇÃO/ADESÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano, após as formalidades legais de contratação.
 44. MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
 45. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
 46. PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
 47. SEGMENTAÇÃO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante e expressa na proposta de adesão e contrato.
 48. PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
 49. PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
 50. PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
 51. ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo ANS através de atos administrativos legalmente previstos, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, e o plano referência).
 52. TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos

- valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
53. URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
 54. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos adotados em relação definida pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, referentes a atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, que sofrerão carência de 24 (vinte e quatro) meses para cobertura pelo contrato.
 55. HOSPITAL-DIA: É o regime de internação caracterizado pela permanência do BENEFICIÁRIO em unidade hospitalar, por período não superior a 12 horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo plano.

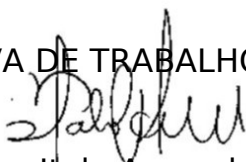
TÍTULO 16 – DA ELEIÇÃO DO FORO

1. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
2. Por estarem assim, justos e contratados, firma a Proposta de Adesão que é a parte integrante deste instrumento.

Petrolina, de Francisco Aires Cruz de .

UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

Dr. Francisco Aires Cruz
Diretor de Mercado



Italo Azevedo Barbosa
Gerente de Mercado

CONTRATANTE:

Associação Dos Serv Da Fund U Federal Do V S F

Testemunhas:

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____

UNIFACIL 40 ENF PJ - 482076192 -set21 - Desc20 docx
Código do documento d5da9c4c-a600-45b8-9021-11b0473720b4



Assinaturas



BRUNO CEZAR SILVA
diretoria@assunivasf.com.br
Assinou



TAMIRES SUED TEIXEIRA ARAUJO
tamires.sued@unimedvsf.coop.br
Assinou



Eventos do documento

27 Jan 2022, 10:24:02

Documento d5da9c4c-a600-45b8-9021-11b0473720b4 **criado** por TAMIRES SUED TEIXEIRA ARAUJO (167303ec-92dc-4af8-9f77-6ba472d88792). Email: tamires.sued@unimedvsf.coop.br. - DATE_ATOM: 2022-01-27T10:24:02-03:00

27 Jan 2022, 10:25:34

Assinaturas **iniciadas** por TAMIRES SUED TEIXEIRA ARAUJO (167303ec-92dc-4af8-9f77-6ba472d88792). Email: tamires.sued@unimedvsf.coop.br. - DATE_ATOM: 2022-01-27T10:25:34-03:00

27 Jan 2022, 16:27:05

BRUNO CEZAR SILVA **Assinou** - Email: diretoria@assunivasf.com.br - IP: 189.81.73.209 (189-81-73-209.user3p.veloxzone.com.br porta: 43810) - **Geolocalização: -9.4282526 -40.5013205** - Documento de identificação informado: 015.097.885-57 - DATE_ATOM: 2022-01-27T16:27:05-03:00

28 Jan 2022, 07:40:02

TAMIRES SUED TEIXEIRA ARAUJO **Assinou** (167303ec-92dc-4af8-9f77-6ba472d88792) - Email: tamires.sued@unimedvsf.coop.br - IP: 187.58.78.124 (187.58.78.124.static.host.gvt.net.br porta: 33316) - **Geolocalização: -9.3874185 -40.5025284** - Documento de identificação informado: 077.015.584-70 - DATE_ATOM: 2022-01-28T07:40:02-03:00

Hash do documento original

(SHA256):38b58531190f62dc996bac01c334bf4572c5a7edfb5302eca7ee825f5dc2913b

(SHA512):d219641aa0ac02b97f016090055adc301fa142d5303fdb31d2ba1c9c2ad4201f42b7588dc737589b043c37138c7335feed80d9d388e88e20442f6a16fb6dcda5

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima



38 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 28 de janeiro de 2022, 15:15:29



Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign