

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**  
**PLANO - UNIFLEX NACIONAL APTO CO-PARTICIPAÇÃO 50%**  
**COLETIVO POR ADESÃO**  
**N.º DE REGISTRO: 435.144/01-4**

**CONTRATO N° 2054**

**CONTRATANTE: Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense - AMMOC**

R: Roberto Trompowski, 68  
Cep: 89600-000 Joaçaba  
CNPJ: 82.780.0008/0001-82

**CONTRATADA:** Unimed Joaçaba Cooperativa de Trabalho Médico  
R: Av. XV de novembro, 125 – Centro CEP 89600-000  
Joaçaba/SC – CNPJ: 01.356.020/0001-62  
Operadora Registro ANS n° 301.744

**CLÁUSULA 1.ª - Objeto do Contrato**

Pelo presente instrumento particular de contrato, as partes acima qualificadas têm justa e contratada a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade pré-pagamento, nos termos da Lei 9.656/98 de 03 de junho de 1998, abrangendo as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em apartamento com co-participação.

**Parágrafo Primeiro.** A internação se dará em apartamento *standard* com banheiro privativo e direito a um acompanhante.

**Parágrafo Segundo.** O presente contrato observa o Regime de Contratação Coletiva Por Adesão, por este entendendo-se aquele que oferece cobertura completa prestada à população vinculada ao CONTRATANTE, tendo adesão espontânea e opcional do funcionário, associado, ou sindicalizado que participa, total ou parcialmente, no pagamento da contraprestação mensal.

**Parágrafo Terceiro.** Será usuária do plano de saúde a população delimitada e vinculada a pessoa jurídica CONTRATANTE, segundo opções formuladas nas Fichas de Adesão preenchidas pelos interessados.

**CLÁUSULA 2.ª - Coberturas**

Os usuários titulares e seus dependentes regularmente inscritos neste plano, terão direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar a ser efetuado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA e realizado por médicos cooperados desta, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. Além das definições impostas pelo rol de procedimentos da Resolução CONSU n.º 10 de 03 de novembro de 1998 e Resolução ANS/RDC n.º 67 de 07 de maio de 2001 (ou por regulamentação que a substitua), o atendimento a que se refere o presente artigo observará as seguintes condições de cobertura:

- 1) assistência a saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a

Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas e resoluções da ANS.

- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- 4) internações hospitalares, e em centro de terapia intensiva, ou similar, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 5) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação, incluindo ainda, a alimentação de um acompanhante conforme a dieta geral do hospital;
- 6) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 7) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográficas previstos no contrato;
- 8) atendimento obstétrico;
- 9) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- 10) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
- 11) procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada quando da internação hospitalar, consoante resoluções da ANS;
- 12) as órteses e próteses cirúrgicas, quando necessárias ao ato cirúrgico e fornecidas pela CONTRATADA ou por quem ela indicar;
- 13) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
  - I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas com seus procedimentos vinculados — por estes entendidos aqueles necessários à realização do transplante —, inclusive: despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação; acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde);
  - II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes;

14) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

**I. ambulatorial:**

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativos;
- c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**II) hospitalar:**

- a) Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo, ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- d) além da cobertura especificada nas letras “a” e “b” deste inciso, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia. Nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive os sintomáticos (F00 a F09) - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) - retardo mental (F70 a F79) - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98) do CID 10;

**CLÁUSULA 3.ª - Co-participação**

Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 50% (cinquenta por cento) no custo dos serviços abaixo, limitados a um valor máximo de R\$ 50,00 (cinquenta) reais por serviço realizado:

- a) Consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) Fisioterapias e acupuntura realizados em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

**Parágrafo Único.** Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no item 14, inciso II letras “a” e “b” da cláusula 2ª, haverá controle mediante co-participação, equivalente a R\$25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada.

#### **CLÁUSULA 4.ª - Carências.**

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os usuários deverão cumprir os períodos de carências abaixo elencados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo usuário:

	<b>CARÊNCIAS</b>
• <b>Urgência e Emergência</b>	<b>24 horas</b>
• <b>Consultas médicas</b>	<b>30 dias</b>
• <b>Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia</b>	<b>30 dias</b>
• <b>Fisioterapias</b>	<b>90 dias</b>
• <b>Parto a termo</b>	<b>300 dias</b>
• <b>Todos as demais coberturas</b>	<b>180 dias</b>
• <b>Transporte terrestre e aeromédico de urgência</b>	<b>60 dias</b>

#### **CLÁUSULA 5ª - Urgência e Emergência.**

A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem *risco imediato de morte* ou *lesões irreparáveis* para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional é assegurada após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

**Parágrafo Primeiro.** Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência limitar-se-á às primeiras 12 (doze) horas. Se, em continuidade ao atendimento de urgência e emergência, for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas.

**Parágrafo Segundo.** Após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a cobertura de sua remoção.

**Parágrafo Terceiro.** Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, caberá a CONTRATADA 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.

**Parágrafo Quarto.** Nos casos previstos nos parágrafos 2.º e 3.º, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

**Parágrafo Quinto.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade

diferente daquela definida no parágrafo 3.º, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**Parágrafo Sexto.** Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contado da data de internação, para providenciar a guia de internação expedida pela CONTRATADA em favor do usuário, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

**Parágrafo Sétimo.** Os usuários inscritos pelo(a) CONTRATANTE terão direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da Unimed. O(a) CONTRATANTE ou o usuário deverá entregar toda a documentação (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência) relativa as despesas efetuadas,. A documentação deverá ser entregue a CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta, e esta terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para providenciar o reembolso.

#### **CLÁUSULA 6ª - Procedimentos Excluídos.**

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) inseminação artificial;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) transplantes e as despesas dele decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- k) consultas domiciliares;
- l) quaisquer tratamentos odontológicos, exceto o item 10 da cláusula 2ª.
- m) Exames admissionais, demissionais e periódicos;
- n) Acidente do Trabalho e procedimentos de recuperação e reintegração do usuário em suas atividades profissionais quando dela decorrentes, além de consultas e exames derivados da NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho.

#### **CLÁUSULA 7ª - Local da Prestação dos Serviços**

A área de abrangência geográfica do presente contrato compreende todo o território nacional, e os serviços ora contratados serão prestados pelos médicos cooperados e rede própria, contratada ou vinculada ao Sistema Nacional Unimed, excluídos da cobertura deste contrato os seguintes hospitais, ressalvado o disposto na Cláusula 5.ª parágrafo 7.º:

- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José e Hospital Santa Joana;
- **Rio de Janeiro (RJ):** Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardiaco – Pronto Socorro Cardiológico e Protocolo Pronto Socorro e Clínica Cardiológica;
- **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador e Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital;
- **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- **São Paulo (SP):** Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor – Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A e Pro-Matre Paulista S.A.;

#### **CLÁUSULA 8ª - Usuário Titular e Dependente**

Adquirem a qualidade de “usuário” todos os beneficiários do contrato, sendo:

I - **Usuários titulares:** os sócios, diretores e empregados d(o)a CONTRATANTE, ou, no caso de fundação, associação, sindicato ou entidade similar, os associados ou participantes, inscritos como tal para os fins deste contrato;

II. - **Usuários dependentes**, em relação aos usuários titulares:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes;

**Parágrafo Único:** A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais hábeis a atestar a condição de dependência.

#### **CLÁUSULA 9ª - Inclusão e Exclusão de Usuários**

O (A) CONTRATANTE se obriga a informar e manter atualizada a relação dos usuários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa de cada, através da Ficha de Adesão da inclusão ou exclusão. Responsabiliza-se o (a) CONTRATANTE pela indicação de dependência, e assegura-se à CONTRATADA o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

**Parágrafo Primeiro.** As inclusões e exclusões deverão ser informadas à CONTRATADA até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

**Parágrafo Segundo.** É assegurada a inscrição do recém nascido filho natural ou adotivo do usuário titular como seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carências, desde que:

- a) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- b) o parto tenha sido coberto pela Contratada;
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

**Parágrafo Terceiro.** Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura que tenha o(a) adotante, inclusive quanto ao cumprimento de carências, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção, exceto para doenças preexistentes.

**Parágrafo Quarto.** Será automaticamente excluído do contrato o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

- a) mediante comunicação imediata e por escrito do(a) CONTRATANTE, comprovadamente entregue à CONTRATADA, que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- b) que permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, ainda que sem o seu conhecimento.

#### **CLÁUSULA 10ª – Proposta de Contratação, Declaração de Saúde e Contrato**

O (A) CONTRATANTE deverá preencher e assinar o contrato, a Proposta de Contratação, as Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde e as Declarações de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária dos usuários titulares e seus dependentes.

**Parágrafo Primeiro.** As Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde e as Declarações de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária serão também assinadas pelos usuários.

**Parágrafo Segundo.** O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) usuários.

**Parágrafo Terceiro.** Caso o número de usuários seja inferior a 50 (cinquenta), será necessário o preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde, uma para cada usuário inscrito.

**Parágrafo Quarto.** Com base nas declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos usuários a realização de uma **avaliação médica** por médico perito, escolhido dentre relação fornecida pela CONTRATADA.

**Parágrafo Quinto.** A CONTRATADA poderá solicitar complementarmente a realização de alguns exames, que auxiliarão o médico perito durante sua avaliação. Será entregue uma guia para realização destes exames para o usuário, devendo o resultado destes exames acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

**Parágrafo Sexto.** O custo da avaliação médica, quando realizada por um dos médicos da CONTRATADA, bem como os exames solicitados, serão realizados por conta da CONTRATADA.

**Parágrafo Sétimo.** A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do usuário sobre sua condição de saúde, quanto à doença ou lesão preexistente, durante o período de 24 meses, e a omissão dessa informação poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do usuário.

#### **CLÁUSULA 11ª - Cobertura Parcial Temporária e Agravo.**

Havendo a caracterização de *doença ou lesão preexistente*, com base nos resultados apurados na Declaração de Saúde, o usuário e/ou o (a) CONTRATANTE poderá optar:

- a) pela Cobertura Parcial Temporária, por esta entendendo-se a suspensão, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, consoante especificações do “Anexo de Exclusão por Preexistência”;
- b) pelo Agravo do contrato, que consiste em acréscimo do valor da prestação, definido com base em cálculos atuarias, permitindo a cobertura da doença preexistente após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

**Parágrafo Primeiro.** A opção será feita através da *Declaração de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária*, a ser anexada ao presente contrato.

**Parágrafo Segundo.** A cobertura parcial temporária ou o agravo não serão empregados nos contratos com mais de 50 (cinquenta) usuários inscritos.

**Parágrafo Terceiro.** Para efeito de aplicar-se o benefício previsto no parágrafo segundo será considerado o número total de usuários inscritos no mês anterior ao da inclusão dos novos usuários.

#### **CLÁUSULA 12ª - Cartão de Identificação**

A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

**Parágrafo Primeiro.** O cartão de identificação do presente plano será indicado pela expressão “Plano 1 e 3”.

**Parágrafo Segundo.** Em caso de exclusão de dependente, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

**Parágrafo Terceiro.** Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão será de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado em conformidade com as disposições da cláusula 22ª.

#### **CLÁUSULA 13ª - Condições de atendimento**

Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:



- I. **Consultas:** os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, conforme GUIA MÉDICO DA CONTRATADA, dentre os cooperados das cooperativas médicas UNIMED, observado o horário normal de seus consultórios;
- II. **Atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais e obstétricos:** serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela CONTRATADA;
- III. **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente cooperado e autorização prévia da CONTRATADA;
- IV. **Internações hospitalares:** serão processadas mediante *Pedido de internação* assinado pelo médico assistente cooperado (salvo nas hipóteses de urgência e emergência) e *Guia de Internação* expedida pela CONTRATADA em favor do usuário.

**Parágrafo Primeiro.** Os usuários titulares receberão um **Guia Médico**, que conterá a relação dos profissionais e entidades prestadoras de serviços, da área de ação da CONTRATADA.

**Parágrafo Segundo.** Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico ou hospital, não remanescendo qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

**Parágrafo Terceiro.** Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

**Parágrafo Quarto.** Os usuários com mais de 65 (sessenta e cinco) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos terão prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

#### **CLÁUSULA 14ª Sigilo Médico**

Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

#### **CLÁUSULA 15ª Funcionários Demitidos**

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, não sendo considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) assuma o pagamento integral;
- c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, cabendo à(o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este respeito no ato da rescisão;
- d) mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

**Parágrafo Primeiro.** O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

**Parágrafo Segundo.** O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício quando de sua admissão em novo emprego.

#### **CLÁUSULA 16ª Aposentados**

Observadas as exigências das letras “a”, “b”, “c” e “d” da cláusula anterior, ao aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo seguinte tempo:

- a) se contribuía para o plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se contribuía para o plano por menos de 10 (dez) anos: a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

#### **CLÁUSULA 17ª - Despesas Extraordinárias.**

A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e despesas extraordinárias de acompanhantes.

**Parágrafo Único.** A responsabilidade pelo pagamento destas despesas será exclusivamente do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

#### **CLÁUSULA 18ª - Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência.**

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência estará à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, sendo o atendimento efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento, observadas as limitações de cobertura contratuais.

**Parágrafo Primeiro.** Para a utilização do serviço, o paciente deve estar em situação que exija cuidados médicos imediatos e intensivos, com risco de morte, situação esta detectada pelo médico responsável, o qual deverá fazer a solicitação diretamente à Central de Atendimento.

Neste caso, poderão ser feitos os seguintes trajetos:

- a) De um hospital para outro com maiores recursos;
- b) Ou para um hospital na cidade onde reside o usuário, dentro do Estado de Santa Catarina.

**Parágrafo Segundo.** O serviço poderá ser utilizado também pelo paciente que, na alta hospitalar, com justificativa do médico assistente, esteja impossibilitado de ser transportado para sua residência por meios normais.

**Parágrafo Terceiro.** A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação das condições do paciente, para certificar-se de que não existe contra-indicação para o transporte aéreo.

**Parágrafo Quarto.** O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

**Parágrafo Quinto.** O transporte e a internação do paciente em um hospital fora da área de ação da UNIMED da qual o mesmo é usuário, necessitará de autorização prévia desta, salvo nos casos de urgência ou emergência.

**Parágrafo Sexto.** Estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, além dos portadores de insuficiência renal crônica, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal"), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

**Parágrafo Sétimo.** As aeronaves não conterão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

**Parágrafo Oitavo.** - Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo.

#### **CLÁUSULA 19ª - Fundo de Extensão Assistencial (FEA)**

Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes, terão direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem exigência de pagamento das mensalidades.

**Parágrafo Primeiro.** Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o usuário fosse vivo, segundo definição do inciso II da cláusula 8ª.

**Parágrafo Segundo.** O direito ao FEA não se efetuará nos seguintes casos:

- a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem rigorosamente em dia;
- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) se os usuários fixarem domicílio fora do Estado de Santa Catarina.

**Parágrafo Terceiro.** Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, segundo regulamento próprio, os regularmente inscritos segundo o inciso II da cláusula 8ª.

**Parágrafo Quarto.** O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito na forma do cláusula 9ª.

**Parágrafo Quinto.** O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

**Parágrafo Sexto.** Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídas pela identificação pessoal do FEA.

**Parágrafo Sétimo.** Após utilizarem os benefícios do FEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano, com isenção de carências para as coberturas existentes.

#### **CLÁUSULA 20ª - Condições de Pagamento.**

O (A) CONTRATANTE pagará a CONTRATADA por usuário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade os valores relacionados na Proposta de Contratação;
- b) além das co-participações previstas na cláusula 3ª.

**Parágrafo Primeiro.** Os valores a que se refere esta cláusula serão pagos até o quinto dia útil de cada mês.

**Parágrafo Segundo.** Os valores relativos a co-participação serão cobrados a partir do primeiro mês da realização do procedimento (com base nas faturas enviadas à CONTRATADA pelos prestadores de serviços) apresentando-se ao CONTRATANTE relação discriminativa dos serviços executados pela UNIMED.

**Parágrafo Terceiro.** O valor da participação do (a) CONTRATANTE nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da Unimed, vigente na data do vencimento da fatura.

**Parágrafo Quarto.** O (A) CONTRATANTE reconhece o extrato de serviços prestados destinados a identificar a utilização, a respectiva participação nos custos e o valor das mensalidades fixadas, na forma prevista nesta cláusula, como prova de seu débito, bem como reconhece que os valores lançados no extrato constituem dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

**Parágrafo Quinto.** Havendo dúvidas relativas às informações do extrato, o(a) CONTRATANTE poderá solicitar que lhe sejam prestados os esclarecimentos necessários.

#### **CLÁUSULA 21ª - Da Mora**

Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

#### **CLÁUSULA 22ª - Do Reajuste**

Salvo ajuste em contrário, o presente contrato será reajustado anualmente, em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado - FGV), ou por outro que o substitua, inclusive quanto às verbas a que se referem a cláusula 3ª.

**Parágrafo Primeiro.** Além da atualização prevista no item anterior, o cálculo atuarial poderá ser revisto, se houver utilização comprovada acima da média normal ou aumento dos custos dos insumos que compõe a assistência ambulatorial e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

**Parágrafo Segundo.** As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do usuário, no mês seguinte ao de seu aniversário, consoante os parâmetros abaixo indicados:

Uniflex Nacional	00 A 17	18 A 29	30 A 39	40 A 49	50 A 59	60 A 69	70 ou +
Apto	Zero	61,22%	7,59%	20,00%	35,29%	5,80%	54,11%

**Parágrafo Terceiro.** O usuário com mais de sessenta anos de idade que participe de um plano na mesma operadora, ou plano sucessor, por período contínuo e superior a 10 (dez) anos, não sofrerá reajuste em razão de mudança de faixa etária.

### **CLÁUSULA 23ª - Suspensão ou Rescisão Contratual.**

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na sua suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

**Parágrafo Primeiro.** Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no referido período, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

**Parágrafo Segundo.** O presente contrato rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação e a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
- c) por iniciativa de qualquer das partes mediante prévio aviso de 30 (trinta) dias — não se admitindo novas inclusões neste período.

**Parágrafo Terceiro.** Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo usuários em período de internação, compromete-se o(a) CONTRATANTE a arcar com as respectivas despesas integralmente.

### **CLÁUSULA 24ª - Multa Rescisória.**

Na hipótese da letra “c” da cláusula anterior, caso a rescisão ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

### **CLÁUSULA 25ª - Prazo e Vigência**

Este contrato vigorará por 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura em conjunto com a Proposta de Contratação, no silêncio das partes prorrogando-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado.

**CLÁUSULA 26ª - Reclamações.**

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deverão ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

**CLÁUSULA 27ª - Foro**

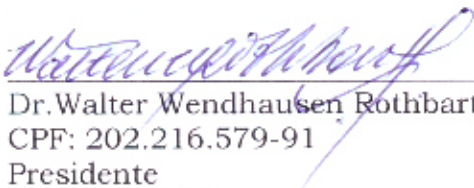
Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**CLÁUSULA 28ª - Anexos**

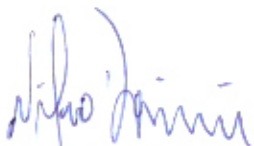
Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, as Fichas de Adesão, as Declarações de Saúde, a Declaração de Opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária, o Guia Médico, o Manual do Usuário e o Glossário.

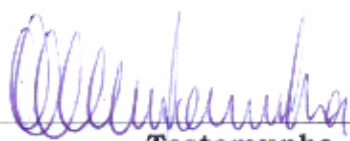
Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

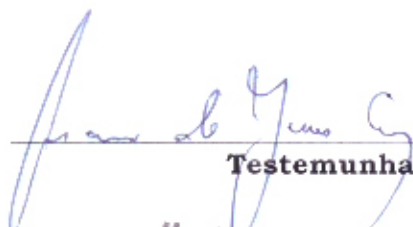
Joaçaba, 01 de abril de 2003.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Walter Wendhausen Rothbarth  
CPF: 202.216.579-91  
Presidente  
**CONTRATADA**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Ramiro Solla Caminha  
CPF: 186.832.239-49  
Vice-presidente  
**CONTRATADA**

  
\_\_\_\_\_  
Nilvo Dorini  
CPF: 482.175.149-68  
Presidente  
**CONTRATANTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Testemunha**  
  
Usvaido Antonio Colombo  
CORRETOR  
UNIMED JOAÇABA COOPERATIVA  
DE TRABALHO MÉDICO

  
\_\_\_\_\_  
**Testemunha**  
  
Mauricio de Jesus Cevey  
GERENTE COMERCIAL  
UNIMED JOAÇABA  
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO