

# **MANUAL DO USUÁRIO**

**CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO  
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
REGISTRO PRODUTO ANS N.º  
402.720/98-5 BÁSICO  
402.719/98-1 ESPECIAL**

Prezado(o) **Usuário(a)**,

Este Manual contém as informações sobre a o Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares firmado entre a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS** ("UNIMED") e o **SER CLUBE DE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS**.

Neste manual você encontrará o detalhamento das coberturas contratadas para cada uma dos Planos oferecidos, formas de pagamento, bem como as demais condições que regem o contrato.

A adesão aos termos do contrato na qualidade de empresa associada e permitida para pequenas e médias empresas do Estado de São Paulo, devidamente inscritas no CNPJ. A adesão definitiva ao contrato ficará condicionada a comprovação do vínculo de filiação ao SERCLUBE.

**Leia e confira todas as informações relativas ao contrato e o Plano de sua escolha. No caso de qualquer omissão desse manual prevalecerão os termos do Contrato Original.**

Em caso de dúvida, ligue para (11) 3123-5055, nos dias úteis, das 8h às 18h.

**UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

**SERCLUBE DE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS.**

## OBJETO DO CONTRATO

1. A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos empregados, associados, sindicalizados, filiados e/ou diretores do SERCLUBE e a seus dependentes, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações inclusive de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

## TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. O contrato caracteriza-se pela contratação coletiva por adesão espontânea e opcional do público alvo delineado no objeto, devendo o SERCLUBE colher a opção do usuário interessado por escrito.

## SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

1. A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como plano ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da ANS, bem como o Rol de Procedimentos por esta editada.

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

1. A abrangência do contrato é **ESTADUAL**, sendo que a prestação de serviços eletivos abrangerá exclusivamente as cidades do Estado de São Paulo, de acordo com a área de ação da UNIMED local e em conformidade com o Guia Médico, inclusive. Para os casos de urgência e emergência, a abrangência será **NACIONAL**.

## PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva para o plano **Básico** e acomodação privativa com direito a um acompanhante para o plano **Especial**, sendo que para o plano **Básico** as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do usuário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da UNIMED conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

## TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

1. Na transferência entre planos de custo maior para custo menor, o beneficiário deverá ter permanecido no plano anterior por um período de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua inclusão ou transferência, para solicitar a transferência para um novo plano e desde que não tenham ocorrido despesas com internações nos últimos 12 (doze) meses ou na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o Beneficiário, somente terá direito à nova rede de prestadores e ao novo padrão de acomodação para internações, após 120 (cento e vinte) dias da data da transferência. A partir da data de transferência deverá ser pago o valor correspondente ao plano de maior custo.

1.1 No caso de transferência de plano de maior custo para menor custo não será aplicada a regra estabelecida no item 1, desta cláusula, porém, aplica-se ao item 1.2.

1.2 Se na solicitação de transferência do plano, o Beneficiário estiver cumprindo carências estas serão mantidas até o seu término.

2. Nos casos em que o Beneficiário Titular for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

## **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

1. Para maior simplificação e entendimento, os sócios, associados, filiados, empregados e/ou diretores de EMPRESA vinculada ao SERCLUBE e seus dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

2. São considerados Usuários Titulares os empregados, associados, e/ou diretores do SERCLUBE expressamente cadastrados no contrato.

2.1 – O cadastro será realizado todo dia 1º (primeiro) do mês subsequente, e as adesões deverão ocorrer até o dia 13 de cada mês.

3. Serão considerados Usuários Dependentes:

3.1 – Cônjuge.

3.2 – Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos.

3.3 – Filhos (as) adotivos (as) solteiros (as) até 24 anos.

3.4 – Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) / cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).

3.5 – Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil.

3.5.1 – Não poderá haver concorrência entre esposa (o) e companheira (o), devendo o titular fazer a opção de qual dependente deseja incluir como beneficiário.

3.6 – Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

3.7 – Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela ou curatela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

3.8 – Enteados, mediante comprovação de dependência econômica do Titular do plano.

3.9 – Filhos (as) de Usuários Dependentes nascidos na vigência deste contrato e sob a cobertura deste.

4. O SERCLUBE fornecerá à UNIMED a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à UNIMED, o direito de solicitar à comprovação que julgar necessária.

5. O SERCLUBE comunicará por escrito ou por meio magnético à UNIMED, até o dia 13 (treze) de cada mês, as alterações, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.

6. Os filhos de Usuárias Titulares ou Dependentes, nascidos na vigência do Contrato, serão considerados

Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, por ficha cadastral de usuário, documento válido que a substitua ou por meio magnético, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade, condição que também o isentará do cumprimento das carências constante no item “Carências”. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade no momento de sua inscrição, poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato pelo titular adotante, desde que sejam inscritos em até 30 (trinta) dias da data de adoção.

7. Caso a inscrição seja requerida após o prazo do item anterior, vigorarão os prazos de carências estabelecidos no item “Carências”.

## **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

1. A prestação da assistência médica na segmentação prevista no contrato, assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde CID 10 da Organização Mundial de Saúde, salvo as exceções mencionadas no item “Exclusões de Cobertura” deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, relativamente aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos divulgado pela ANS.

### **2. Consultas Médicas e Serviços de Apoio Diagnóstico**

2.1 – Consultas médicas sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.1.2 – Nas consultas de rotina, o usuário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal da consulta, competindo ao usuário exercer a livre escolha dentre os listados no guia de serviços médicos da UNIMED.

2.1.3 – Nas consultas médicas de urgência/emergência, o usuário será atendido pelo pronto atendimento da UNIMED ou nos hospitais por ela credenciados.

2.2 – Os Usuários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados preferencialmente pelo médico cooperado, salvo aqueles excluídos pelo item “Exclusões de Cobertura”.

2.3 – Os serviços deverão ser solicitados em guia própria da UNIMED e ter a autorização prévia para sua realização, quando necessário.

### **3. Internação Hospitalar**

3.1 – Internações clínicas e cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados por ato do Ministério da Saúde.

3.2 – As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED, sem limitação de prazo, independentemente do padrão de acomodação, competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação.

3.3 – A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com diárias e taxas hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo usuário, prescritos pelos médicos assistentes/cooperados e cobertura de cirurgias buco-maxilofacial e dos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5º, incisos I e II da Resolução Consu n. 10/98 (a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; d) hemoterapia; e)

nutrição parenteral e enteral; f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; g) embolizações e radiologia intervencionista; h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; i) fisioterapia; j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção).

3.4 – Na hipótese de usuários menores de 18 anos e com idade a partir de 60 anos, a internação compreenderá além da cobertura prevista neste contrato, as despesas de acompanhante no hospital dentro dos limites deste contrato.

3.5 – Nos casos de transtornos psiquiátricos os Usuários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID 10, com as seguintes características:

3.5.1 – Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.5.2 – 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 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.5.3 – Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente/cooperado.

3.5.4 – No caso de transtornos psiquiátricos, o presente contrato cobre:

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, além de oito semanas a mais de tratamento em regime de hospital-dia. Para os diagnósticos F00-a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados ao CID 10, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

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.

3.5.5 – Não serão cobertas as internações psiquiátricas que excederem as coberturas especificadas nas cláusulas acima enumeradas.

3.6 – Os usuários terão direito somente a transplantes de Rim e Córnea, de acordo com a Resolução do CONSU nº 12/98. Não serão cobertos transplantes de outros órgãos que não estão previstos na lei 9656/98.

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

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

3.6.3 – As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão

observar o regulamento técnico – portaria GM n.º 3407 de 05/08/98 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto a forma e autorização e cadastro junto ao sistema nacional de transplante – SNT.

3.6.4 – É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o usuário receptor.

3.6.5 – Os usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

3.6.6 – Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- I. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. Medicamentos utilizados durante a internação, exceto os itens previstos na Cláusula XII – Exclusões de Cobertura;
- III. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

3.7. – Os usuários terão cobertura para o fornecimento de Prótese e Órtese, bem como de seus respectivos acessórios, desde que ligado ao ato cirúrgico coberto por este contrato.

3.8 – Os usuários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

3.9 – Os recém nascidos e os recém nascidos adotados pelo usuário terão direito a receber atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida/adoção, mediante a utilização do cartão individual de identificação do usuário, na forma estabelecida na alínea “a” e “b”, inciso III, artigo 12, da Lei nº9656/98.

## **COBERTURAS ADICIONAIS**

### **1- PLANO DE CONTINUIDADE ASSISTENCIAL - PCA**

1. Ocorrendo o falecimento do Usuário Titular, após ter cumprido os seus dependentes, inscritos como Usuários, terão atendimento médico-hospitalar, de acordo com assistência prevista no contrato e da acomodação hospitalar em que estiverem cadastrados os dependentes na ocorrência do evento, pelo prazo de 03 (três) anos, contados a partir da data do óbito, observadas as seguintes formalidades e regramentos:
  - a) Serão somente considerados Usuários Dependentes, conforme item 3 da página 4;
  - b) Carência de 06 (seis) meses a partir da efetiva inclusão e vigência aos termos do presente contrato pelo usuário Titular;
  - c) Os Dependentes ficarão obrigados a apresentar Certidão de Óbito do Cartório de Registro de Pessoas Físicas e outros necessários para legitimar essa situação.

### **2- UNIMED GARANTIA FUNERAL:**

Prestação de Serviço de Assistência ou Reembolso de despesas realizadas com sepultamento do Segurado, dentro do limite da importância segurada de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais).

2.1 – Em caso de morte natural, a carência será de 30(trinta) dias, contatos da inclusão do usuário.

2.2 – Serão considerados, exclusivamente, os seguintes usuários, desde que, na data de sua inscrição no plano, estejam em boas condições de saúde:

a) o usuário titular do plano de saúde, bem como seus respectivos cônjuges (ou conviventes), com idade entre 14 (quatorze) a 65 (sessenta e cinco) anos;

b) filhos do usuário titular menores de 24 (vinte e quatro) anos, com relação de dependência, de acordo com a legislação do Imposto de Renda.

### **3- ACONSELHAMENTO MÉDICO TELEFÔNICO (AMT):**

1. O aconselhamento médico telefônico (AMT) consiste no atendimento telefônico, 24 horas por dia, através de uma central para atendimento das chamadas dos usuários, mantendo um profissional médico, disponível para, se necessário, fornecer orientações médicas telefônicas aos usuários, em todo território Nacional, através dos telefones: 0800-772 3772 ou (11) 3225 – 2250.

### **EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**1. FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES, QUE A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS.**

#### **2 . PROCEDIMENTOS MÉDICOS:**

A) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

B) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;

C) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS EM TERRITÓRIO NACIONAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATUAL, E DE ACORDO COM AS SUAS LIMITAÇÕES;

D) TRATAMENTOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DECORRENTES DE TRATAMENTOS NÃO CUSTEADOS PELA UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;

E) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU LABORATORIAIS, PARA PATOLOGIAS NÃO RELACIONADAS NO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;

F) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS; TRATAMENTOS E CIRURGIAS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO;

G) CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

H) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADES ESTÉTICAS, COSMÉTICAS E

SUAS COMPLICAÇÕES, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA'S OU CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS;

I) ESCLEROTERAPIA DE VARIZES;

J) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DE NATUREZA ESTÉTICA EM GERAL;

K) CIRURGIA REFRACTIVA, INDEPENDENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA PARA CASOS COM GRAU INFERIOR A 5 (CINCO);

L) TRATAMENTOS CLÍNICOS E/ OU CIRURGIAS, PARA REJUVENESCIMENTO, BEM COMO PARA PREVENÇÃO DE ENVELHECIMENTO; TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE QUE NÃO SE ENQUADREM NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

M) REVERSÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E DE VASECTOMIA (RECANALIZAÇÃO DE TROMPAS E CANAIS DEFERENTES); PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA;

N) TRANSPLANTES, À EXCEÇÃO DE CÓRNEA, RIM E OS TRANSPLANTES AUTÓLOGOS DE MEDULA;

O) DESPESAS DOS DOADORES VIVOS E DO ACOMPANHAMENTO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE TRANSPLANTES NÃO CUSTEADOS;

P) COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSPLANTE OU RETIRADA DO ÓRGÃO DO DOADOR; COM EXCEÇÃO DAS COMPLICAÇÕES OU CONSEQÜÊNCIAS DOS TRANSPLANTES DE RIM , CÓRNEA E MEDULA;

Q) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL NÃO ESTÉTICA;

R) PROCEDIMENTOS E CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

S) DURANTE OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA E NAS INTERNAÇÕES, OS ATOS MÉDICOS INDISPENSÁVEIS A SUA CONTINUIDADE E NÃO COBERTOS POR ESTE CONTRATO, SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO, QUE OS PAGARÁ DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE DE HONORÁRIOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E DA FATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO;

T) EXAME DE PATERNIDADE;

U) ACUPUNTURA POR PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS, E POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS/ASSISTENTE;

V) NECROPSIA, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

### **3. MEDICAMENTOS, MATERIAIS, ORTESES E PRÓTESES:**

A) AVIAMENTO DE ÓCULOS; GESSO SINTÉTICO; APARELHOS ORTOPÉDICOS; APARELHOS DE SURDEZ; APARELHOS DESTINADOS À REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;

B) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS NACIONAIS OU IMPORTADOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

C) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE, E ACESSÓRIOS IMPORTADOS, MESMO QUE SEJAM LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO, DESDE QUE EXISTAM SIMILARES NACIONAIS,

D) FORNECIMENTO DE PRÓTESE, ÓRTESE E ACESSÓRIOS NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA;

E) MATERIAIS E MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

F) MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA (S.N.F.M.F.) E NÃO REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA;

G) VACINA IMUNIZANTE (EXCETO SE INTERNADO).

#### **4. ATENDIMENTO DOMICILIAR:**

A) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

B) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA;

C) MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

D) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;

E) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.

#### **5. DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:**

A) DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS REFERENTES A: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETA OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL; SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS REQUERIDOS PELO USUÁRIO TAIS COMO, TELEVISÃO, APARELHO DE AR CONDICIONADO, FRIGO-BAR, ESTACIONAMENTO, INDENIZAÇÃO POR DANO OU DESTRUIÇÃO DE OBJETOS, OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E CONDIÇÕES DO CONTRATO. CASO OCORRAM, SERÃO CUSTEADAS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO;

B) DESPESAS HOSPITALARES DE INICIATIVA DO USUÁRIO E NÃO PRESCRITAS PELO MÉDICO ASSISTENTE;

C) INTERNAÇÕES HOSPITALARES FORA DAS CONDIÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO, ALTO CUSTO/HOSPITAL DIFERENCIADO E TABELA PRÓPRIA;

D) ACOMODAÇÃO HOSPITALAR EM PADRÃO DE CONFORTO SUPERIOR AO ESTABELECIDO NO CONTRATO, SALVO NA HIPÓTESE DA OCORRÊNCIA DO ARTIGO 33 DA LEI 9.656/98;

E) TODAS AS DESPESAS COM ACOMPANHANTES, INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO. EXCETO ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE DE MENORES DE 18 ANOS E MAIORES DE 60 ANOS E PARA O ACOMPANHAMENTO INDICADO PELA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO;

F) SERVIÇOS DE ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR EM REGIME HOSPITALAR.

G) AINDA, NÃO FAZEM PARTE DA COBERTURA CONTRATUAL NOS PLANOS BÁSICO E ESPECIAL, OS SEGUINTE HOSPITAIS: HOSPITAL ALBERT AINSTEN, SÍRIO LIBANÉS, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DO CORAÇÃO, HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ E DEMAIS LOCALIDADES QUE POSSUEM HOSPITAIS QUE OPERAM COM TABELA PRÓPRIA, INDEPENDENTEMENTE DE INTEGRAREM A REDE CREDENCIADA DA UNIMED LOCAL.

## **6. OUTROS:**

A) PROCEDIMENTO ASSISTENCIAL QUE EXIJA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA E REALIZADO A REVELIA DA UNIMED;

B) MEDICINA DO TRABALHO: EXAMES OCUPACIONAIS (ADMISSÃO, RETORNO AO TRABALHO, DEMISSÃO, PERIÓDICO E MUDANÇA DE FUNÇÃO), TRATAMENTO E INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM OS ACIDENTES DE TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, RESSALVADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO USUÁRIO QUE SERÁ ENCAMINHANDO EM SEGUIDA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS; MOLÉSTIAS PROFISSIONAIS, ASSIM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A TERAPIA OCUPACIONAL, EXCETO DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS PENA RN-167, OU COM EXPRESSA AUTORIZAÇÃO DA CONTRATANTE;

C) REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG), HIDROTERAPIA, HIDROGINÁSTICA, OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA;

D) NÃO ESTÃO ASSEGURADAS AS DESPESAS COM CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES RELACIONADAS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS EM CONTRATO;

E) ATENDIMENTO EM CASOS DE CALAMIDADE PÚBLICA, CONFLITOS SOCIAIS, GUERRAS, REVOLUÇÕES, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

F) NÃO HAVENDO DISPONIBILIDADE TÉCNICA NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED ONDE O USUÁRIO ESTA INSCRITO, ESTA O ORIENTARÁ PARA ATENDIMENTO EM OUTRA UNIMED. AS DESPESAS COM A LOCOMOÇÃO, HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO.

## **VIGÊNCIA**

1. O presente contrato passa a vigorar por prazo indeterminado a partir da data da assinatura entre o SERCLUBE e UNIMED 01 de Junho de 2009.

## **CARÊNCIAS**

1. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos na Proposta de Admissão e admitidos pela UNIMED, imediatamente após o cumprimento dos períodos de carências quando for o caso, especificados abaixo:

2. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos Usuários são os seguintes:

2.1 – 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência definidos como acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, ou emergências definidas como implicação em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovado em declaração do médico assistente inclusive as emergências psiquiátricas.

2.2 – 30 (trinta) dias para Consultas e para os Exames abaixo elencados, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

2.3 – 30 (trinta) dias para exames/procedimentos, conforme segue:

<b>Exames / Procedimentos (até 300 Uts)</b>	<b>Carência</b>
1. Análises clínicas;	30 (trinta dias)
2. Audiometria;	
3. Biópsia;	
4. Citopatologia (exceto necropsia);	
5. Colposcopia e colpocitologia;	
6. Densitometria Óssea;	
7. Ecocardiograma bidimensional com doppler;	
8. Eletrocardiograma;	
9. Eletroencefalograma;	
10. Eletromiografia, neurofisiologia clínica;	
11. Eletrococleografia;	
12. Endoscopia;	
13. Exames radiológicos simples e contrastados (exceto neuro-radiologia, procedimentos especiais e radiologia intervencionista);	
14. Exames e testes alergológicos;	
15. Exames e testes oftalmológicos;	
16. Exames e testes otorrinolaringológicos;	
17. Holter;	
14. Inaloterapia;	
15. Liquor;	
16. Mamografia;	
17. Potencial evocado;	
18. Prova de função pulmonar;	
19. Teste ergométrico;	
20. Ultra-sonografia.	

2.4 – 90 (noventa) dias para fisioterapia e pequenos procedimentos ambulatoriais (até 300 UTs), se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde.

2.5 – 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas ou cirúrgicas, cobertas por este contrato, inclusive as referentes à saúde mental, exceto partos, demais exames e procedimentos cobertos por este contrato constantes no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com a cobertura prevista na Lei nº 9.656/98, respeitando-se os limites e restrições e especificações de exclusões de cobertura.

2.6 – 300 (trezentos) dias para partos a termo.

3. As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante o período de carência, serão de

responsabilidade do USUÁRIO.

## **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

1. A entrevista qualificada se constitui no preenchimento, pelo beneficiário do contrato, de formulário específico de Declaração de Saúde, fornecido pela UNIMED, tendo como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças e/ou lesões de que tenha conhecimento.; sendo utilizada como condição prévia para a inclusão do usuário.
2. Fica a critério da UNIMED, ainda, a solicitação, durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações dos usuários na entrevista qualificada, prestadas por ocasião da celebração do contrato.
3. Ficam os usuários obrigados a informar à UNIMED, por ocasião da entrevista qualificada, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeitos à denúncia do contrato, nos termos do artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98, mediante instauração do competente processo para apuração junto à ANS, nos termos da Resolução CONSU nº. 02/98.

## **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

1. Nos casos de urgência ou emergência, após cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os benefícios poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste contrato, conforme previsto na Resolução CONSU n.º 13/98, devendo, para tanto, identificarem-se como beneficiários e apresentar a respectiva carteira de identificação.
2. As coberturas de procedimento de urgência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos beneficiários, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.
3. Quando o atendimento de emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, no decorrer do período de carência ou da cobertura parcial temporária de doenças ou lesões preexistentes, a cobertura disponibilizada estará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação, passará a ser da empresa/usuário, desde que autorizado expressamente pela mesma, não cabendo ônus à UNIMED.
4. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de complicações inerentes à condição gestacional, ainda estando a usuária em período de carência, será assegurado o atendimento ambulatorial, limitado às 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, a cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da empresa/usuário, não cabendo ônus à UNIMED.
5. Nas situações de urgência e emergência em que a cobertura assegurada seja apenas ambulatorial, nas primeiras 12 (doze) horas, quando necessária a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar em tempo menor do que 12 (doze) horas de atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da empresa/usuário, não cabendo ônus à UNIMED.
6. Nos casos de urgência e emergência quando restar comprovada a não possibilidade de utilização dos

serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo Usuário, conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela UNIMED aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da UNIMED para atribuições de valores a despesas hospitalares e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos de acordo com a UT – Unidade de Trabalho e outros índices vigentes. Os materiais e medicamentos serão

reembolsados de acordo as Tabelas Brasíndice e SIMPRO na rubrica “preço fábrica”, que são os preços praticados junto a rede de atendimento da UNIMED. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsadas pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação da nota fiscal competente.

7. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, exigindo-se no mínimo, o seguinte:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.
- b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.
- c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.
- d) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o usuário.

8. O Usuário perderá o direito de pleitear o reembolso decorridos doze meses da data do evento.

9. No plano com cobertura hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

10. Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como próprio do plano hospitalar ou, como risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da UNIMED.

11. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o usuário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto agressão).

## **REMOÇÃO**

1. Os Usuários terão direito, a remoção inter-hospitalar terrestre, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, exclusivamente em território brasileiro.

## **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

1. Para fins de atendimento a UNIMED expedirá cartão de identificação aos usuários, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências, e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste contrato.

2. Não estarão sujeitos à autorização prévia da UNIMED as consultas médicas e exames laboratoriais de patologia clínica considerados simples e de rotina, como: exame de sangue, urina e parasitológico, raio X simples, (exceto Mamografia, densitometria óssea, neuro-radiologia, angiografias e radiologia intervencionista) e eletrocardiograma.
3. Os demais procedimentos, exames e internações deverão receber autorização prévia da CONTRATADA.
4. Não havendo disponibilidade técnica para atendimentos aos usuários na área de atuação da UNIMED, esta os orientará para atendimento em outra Cooperativa integrante do SISTEMA UNIMED.
5. A utilização de recursos médicos hospitalares fora da área de abrangência da UNIMED, sem o prévio encaminhamento desta, implica ao usuário a assunção de todas as despesas decorrentes desta opção.
6. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade da empresa/usuário o pagamento das despesas ocorridas a partir desta data, exceto se o usuário do contrato estiver internado, conforme dispõe o art. 13, III, da Lei 9.656/98.
7. Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo usuário, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais terá a UNIMED, quando entender necessário, através de seu corpo de médicos auditores, direito a que os documentos e o referido usuário seja submetido a avaliação prévia.
8. A UNIMED garantirá, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo cooperado solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.
9. Nas hipóteses de urgência ou emergência, o usuário, terá direito a internação imediata, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED, até 02 dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da UNIMED não se responsabilizar por qualquer despesa.
10. Quando houver necessidade de internação, esta se fará somente nos hospitais credenciados pela UNIMED, ou disponibilizados pela UNIMED do local onde se dê o atendimento, segundo a cobertura disponibilizada neste contrato, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa autorização ou não dos procedimentos pelo UNIMED.
11. A UNIMED se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, na medida dos limites da cobertura contratada. Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente com o médico, por mera liberalidade do usuário, e que tenha sido formulado fora da cobertura contratual, será de exclusiva responsabilidade do usuário.
12. É obrigação da empresa/usuário em caso de exclusão de dependentes, rescisão ou resolução deste contrato, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos, até os prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução do presente, qualquer responsabilidade da UNIMED em relação ao uso indevido desses documentos.
13. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimentos, mesmo que na forma contratada, pelos usuários titulares ou dependentes, que perderem essa condição por exclusão. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a empresa/usuário deve informar, por escrito, o fato a UNIMED, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

14. A não comunicação do ocorrido acarretará a empresa/usuário a responsabilidade pela utilização indevida do referido cartão.

Para emissão da segunda vida do cartão de identificação, deverão ser respeitadas as normas vigentes na UNIMED.

15. Fica estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes da utilização indevida, no caso da não comunicação de separação conjugal, poderão ensejar a cobrança, judicial ou extrajudicial, das quantias eventualmente devidas à UNIMED.

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

17. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere parágrafo acima ocorrer por vontade da UNIMED durante período de internação do usuário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a UNIMED, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

18. Excetua-se do previsto no item anterior os de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a UNIMED arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o usuário.

## **FORMAÇÃO DO PREÇO**

1. Para ter direito aos serviços contratados, a empresa pagará ao SERCLUBE/UNIMED, a mensalidade calculada em função de cada Usuário inscrito (titular ou dependente), cujos valores constam neste instrumento contratual, considerando-se a respectiva faixa etária.

1.2 – A empresa pagará ainda o valor de R\$ 6,00 (seis reais) pela 2ª via de cartões de identificação solicitados.

2. As mensalidades serão pagas pela empresa, na forma de pré-pagamento, todo 5º dia útil de cada mês a que se referir, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.

## **PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

1. A empresa por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, obriga-se a pagar ao SERCLUBE/UNIMED, para cada usuário, os seguintes valores como contraprestação mensal, de acordo com a idade do usuário:

FAIXA ETÁRIA	BASICO Enfermaria	ESPECIAL Apartamento
00 a 18 anos	R\$ 82,93	R\$ 115,42
19 a 23 anos	R\$ 98,51	R\$ 137,94
24 a 28 anos	R\$ 105,91	R\$ 147,92
29 a 33 anos	R\$ 109,31	R\$ 151,52
34 a 38 anos	R\$ 124,82	R\$ 175,34
39 a 43 anos	R\$ 144,43	R\$ 201,73
44 a 48 anos	R\$ 202,08	R\$ 282,96
49 a 53 anos	R\$ 268,11	R\$ 374,34
54 a 58 anos	R\$ 300,84	R\$ 421,02
59 ou mais	R\$ 495,73	R\$ 691,01

2. Se a empresa não receber documento que o possibilite realizar o pagamento da sua mensalidade, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente ao SERCLUBE/UNIMED, para que não se sujeite as consequências da mora.
3. Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a legislação vigente até o efetivo pagamento, além de multa de 20% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
4. Nenhum pagamento será reconhecido pela UNIMED se o seu comprovante não estiver devidamente autenticado por ela ou por quem for designado para esse fim.

## REAJUSTE

1. Os valores previstos neste contrato e seus aditamentos foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, valor e/ou percentual de participação e a carga tributária que recai sobre a UNIMED e objetivam a manutenção da viabilidade econômica da prestação dos serviços disponibilizados.
2. Fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado reajuste ao valor da mensalidade pela variação do índice de preços ao Consumidor do Setor da Saúde – IPC Saúde da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, ora pactuado entre as partes, independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária.
3. Caso haja alteração nos indicadores utilizados de base para o cálculo atuarial ou no perfil de utilização, que tenha ou venha a contribuir para o aumento dos custos e coloque em risco o equilíbrio contratual, os preços pactuados sofrerão reajuste a fim de ajustar e recompor o equilíbrio contratual.
4. Semestralmente será avaliada a sinistralidade do contrato. Se a sinistralidade ultrapassar o índice de 75% será aplicado reajuste técnico, sem prejuízo da aplicação do índice IPC FIPE – Saúde, previsto no item 2 como reajuste anual do contrato.
5. A avaliação de reajuste é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da fórmula:

$$R = (1 + R_{\text{Tecnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

**onde:**  $R_{\text{Financeiro}}$  - Deverá refletir a reposição financeira para o período, poderá ser utilizado índice contratual ou índice indicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme acordo entre as partes.

$$R = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde:

**S** - Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses)

**S<sub>m</sub>** - Corresponde a meta de sinistralidade.

6. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos adicionais, terão o reajuste no mês de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

## FAIXAS ETÁRIAS

As faixas etárias de que trata o Contrato são:

Idades	% reajuste (Básico)	% reajuste (Especial)
0 a 18 anos	0	0
19 a 23 anos	18,79%	19,51%
24 a 28 anos	7,51%	7,24%
29 a 33 anos	3,24%	2,43%
34 a 38 anos	14,19%	15,72%
39 a 43 anos	15,71%	15,05%
44 a 48 anos	39,92%	40,27%
49 a 53 anos	32,68%	32,29%
54 a 58 anos	12,21%	12,47%
59 em diante	64,78%	64,13%

## CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO

1. A presente contratação refere-se ao plano coletivo por adesão para massa delimitada de beneficiários e tem adesão espontânea e opcional de usuários, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

## PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes.

2. O término da menoridade civil dos “usuários dependentes”, nos termos previstos pelo art. 5.º do Código Civil, acarretará a perda da qualidade de dependente para os efeitos deste contrato, obrigando-se a empresa comunicar o fato, por escrito e mediante protocolo no SERCLUBE/UNIMED e devolver o cartão de identificação imediatamente ao SERCLUBE/ UNIMED, exceto nos casos de maioridade por idade que será verificado pela UNIMED administrativamente.

3. Conforme artigo 5º do Código Civil, a maioridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil e cessará, para os menores, a incapacidade pelos casos descritos abaixo:

I – pela concessão dos pais, ou de um deles na falta de outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II – pelo casamento;

III – pelo exercício de emprego público efetivo;

IV – pela colação de grau em curso de ensino superior;

V – pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

4. Os filhos(as) que venham a contrair matrimônio perderão a condição de dependentes, obrigando-se a empresa, de imediato, a comunicar o fato, dentro do prazo de trinta dias, por escrito e mediante protocolo no SERCLUBE/UNIMED.

5. Os filhos(as) solteiros até 24 anos, quando cursando faculdade, para terem direito a serem mantidos no plano como dependentes, deverão comprovar semestralmente, sua inscrição e matrícula no curso superior.

6. Se a empresa não comunicar a maioridade, emancipação ou casamento dos dependentes, e estes continuarem a utilizar os serviços médicos objeto do presente contrato, ficará referido a empresa obrigada a pagar todas as despesas provenientes dessa utilização.

7. O usuário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a contratante, e, nas hipóteses previstas em lei, não fizer a opção pela continuidade assistencial.

8. As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela EMPRESA, por escrito ou meio magnético, até o dia 13 (treze) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia útil do mês da respectiva exclusão.

## **RESCISÃO E SUSPENSÃO**

1. O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo e por qualquer das partes contratantes, mediante notificação prévia da parte contrária, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, ensejará a rescisão do presente contrato, devendo a empresa ser avisada da rescisão do contrato de serviços previamente. A suspensão do contrato poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso, com comunicação prévia à empresa.

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

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

3.2 – Por conduta fraudulenta da EMPRESA ou de qualquer usuário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela omissiva ou comissiva.

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

## **DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIMED, a EMPRESA deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a decida apuração. A EMPRESA, por si e pelos usuários titulares e dependentes, autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

A EMPRESA reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED/SERCLUBE,

mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

2. Qualquer tolerância por parte da UNIMED não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
3. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação ou mensalidade.
4. A UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.
5. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade da EMPRESA o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são serviços contratados/credenciados. A UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os Usuários e os profissionais e instituições contratadas ou credenciadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desacordo com a presente cláusula.

## **ELEIÇÃO DE FORO**

1. Fica eleito o foro da sede do SERCLUBE para dirimir quaisquer pendências oriundas do presente contrato.
2. Caso a UNIMED seja demandada em qualquer outro Foro que não o de eleição previsto no item anterior, fica a EMPRESA responsável pelo ressarcimento de todas as despesas feitas de viagens, traslados, hospedagens, dentre outras, utilizando-se os critérios utilizados pela UNIMED, o valor total das despesas ocorridas em um mês será devidamente discriminado e incluído na fatura do mês subsequente a ser encaminhada à EMPRESA.

### **Informações do plano através do Serclube e alterações cadastrais:**

SAC – (Seg. a Sex. – 08:00 as 18:00)  
(11) 3123-5055  
[sac@medcompany.com.br](mailto:sac@medcompany.com.br)  
Av. Ipiranga, 344, 4º andar, Cj 42 – Ed. Itália  
CEP – 01046.926