

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
PLANO UNIFLEX – Coletivo Por Adesão (Pessoa Jurídica)
Vinculação: Nacional

CONTRATO N.º
025.0421

EMPRESAS ASSOCIADAS: Empresas filiadas ou associadas a Estipulante

ESTIPULANTE: Sindicato Servidores e Pensionistas do DPF em SC

CONTRATADA: Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. - UNIMED de Florianópolis
Rua: Dom Jaime Câmara, n.º 94 – Centro - CEP. 88.015-120
Florianópolis / SC – CGC: 77.858.611/0001-08
Operadora Registro SUSEP n.º 36.0449

CLÁUSULA PRIMEIRA – Objeto do Contrato

1.1 - Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima designadas têm justa e contratada a prestação de serviços de assistência médica e hospitalar, de diagnóstico e terapia, na forma das cláusulas e condições que seguem.

1.2 - O presente contrato está de acordo com a Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998.

1.3 – Este contrato compõe o Plano de Referência previsto em Lei, podendo, a critério da ESTIPULANTE e das EMPRESAS ASSOCIADAS, ser adquirido nas seguintes coberturas:

Plano	Tipo
1	UNIFLEX - Hospitalar apartamento
2	UNIFLEX - Hospitalar enfermaria
3	Ambulatorial
1.3	UNIFLEX - Apartamento
2.3	UNIFLEX - Enfermaria
4	Obstetrícia

1.4 - A CONTRATADA prestará serviços aos usuários do presente contrato, conforme descrição nas coberturas, e segundo a opção da ESTIPULANTE, após cumprimento das carências aqui previstas, sempre contados a partir da data de início da vigência.

1.4 - A CONTRATADA prestará serviços aos usuários do presente contrato, conforme descrição nas coberturas e segundo a opção que faz o CONTRATANTE para si e seus usuários dependentes, após cumprimento das carências aqui previstas, sempre contados a partir da data de início da vigência.

1.5 – Para aderir ao presente contrato, a EMPRESA ASSOCIADA deverá preencher e assinar Ficha de Adesão, com a concordância da ESTIPULANTE e da CONTRATADA. Em anexo, deverá enviar relação de usuários, conforme Cláusula Oitava.

CLÁUSULA SEGUNDA – Conceitos e Definições

2.1– Os conceitos e definições a seguir, integram as condições gerais do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar:

Acidente pessoal é evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tome necessário o tratamento médico.

Acidente do trabalho é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.

Agravo é o acréscimo no valor das mensalidades, devido as doenças e lesões preexistentes.

Ambulatório é a estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários.

Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internação.

Apartamento standard acomodação hospitalar individual, com banheiro privativo e com direito a

acompanhante

Atendimento de emergência é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Atendimento de urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Avaliação médica para doenças ou lesões preexistentes é a avaliação realizada pelo médico perito, com o objetivo de verificar as condições físicas do usuário, e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes. Poderão ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da preexistência.

Beneficiário é aquele que é favorecido pelo benefício.

Benefício é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos usuários, na condição expressa do contrato.

Cálculo atuarial é o cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições.

Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

Cartão individual de identificação é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é também o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CID é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS – Organização Mundial de Saúde.

Coberturas são os procedimentos que o usuário tem direito.

Consulta é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

Co-participação é o valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas dos serviços prestados aos usuários, o qual o CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA.

Contratada é a UNIMED identificada na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

Contratante é a pessoa física identificada na Proposta de Adesão, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si, seus dependentes.

Contrato é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos tanto do CONTRATANTE como do CONTRATADO.

Declaração de Saúde é o questionário fornecido pela CONTRATADA, devendo ser preenchido pelo CONTRATANTE e cada um de seus dependentes, e se destina a declarar a existência de doenças preexistentes, bem como avaliar seu estado de saúde.

Dependentes são os usuários descritos na Cláusula VI do contrato, dependentes por lei diretamente do titular.

Doença é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico-hospitalar.

Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o CONTRATANTE e seus dependentes saibam ser portadores ou sofredores, na época da contratação do plano de assistência a saúde.

Eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Evento é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário ou de seus dependentes, em decorrência de acidente ou doenças, 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 usuário, ou com a sua morte.

Exames são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

FEEA – Fundo Estadual de Extensão Assistencial é o plano de extensão assistencial, oferecido como benefício no caso do falecimento do usuário titular, inscrito há mais de 06 (seis) meses e desde que as mensalidades estejam em dia, na data do óbito, através do qual os dependentes inscritos tenham direito aos serviços previstos no plano em que se encontravam inscritos, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito.

Franquia é o valor limite, fixado em reais, que o usuário terá como participação no custo, em determinado procedimento.

Guia Médico é a relação de médicos cooperados, serviços próprios e credenciados, fornecidos aos usuários.

Inscrição é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado a aceitação da CONTRATADA.

Internação hospitalar é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Manual do Usuário é o manual de instruções de como proceder nas mais diversas situações, decorrentes deste contrato.

Médico Cooperado é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional Unimed.

Mensalidade é o valor pecuniário relativo a cada usuário a ser pago mensalmente pelo CONTRATANTE, em face das coberturas previstas.

Operadora é a pessoa jurídica responsável pela elaboração e comercialização do produto, que representa a CONTRATADA, responsável pelo contrato firmado com o CONTRATANTE.

Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, durante o ato cirúrgico.

Plano é a opção de coberturas adquiridas pelo CONTRATANTE.

Plano de Referência é o plano previsto na Lei nº 9.656/98, composto pelo Plano 2.3.4 e mais o Plano "5".

Prazo é o período de duração

Procedimentos médicos ambulatoriais são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapasse o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Proposta de Adesão é o documento validado pela OPERADORA, preenchido pelo CONTRATANTE e CONTRATADA, que firma as condições do contrato. O CONTRATANTE terá direito a cobertura do contrato, somente após a assinatura da CONTRATADA neste documento e após o início da vigência do contrato.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função, utilizada no ato cirúrgico.

Recursos ou serviços credenciados/contratados são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para o atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

Recursos próprios são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa.

Reembolso é a devolução de valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede da CONTRATADA, até o limite da tabela referência de valores praticados pela Unimed.

Tabela de Referência Unimed é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que seja necessária a aferição ou reembolso de valores dos serviços de assistência à saúde.

Titular é o usuário CONTRATANTE do plano.

Unimed é uma Cooperativa de Trabalho Médico, regida pela Lei Nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

Usuário é a pessoa física inscrita e aceita pela CONTRATADA, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependentes, conforme definido na Cláusula VI.

Vigência é a data a partir da qual passam a estar em vigor os termos deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – Procedimentos Cobertos

3.1 - Tem por objetivo garantir ao CONTRATANTE e seus dependentes, desde que incluídos no contrato, a cobertura de despesas médicas, ambulatoriais, hospitalares, por eles efetuadas na rede própria ou credenciada pela Unimed e junto a seus médicos cooperados, em consequência de eventos cobertos, decorrentes de acidentes ou doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, observadas as condições de cobertura e exclusões aqui contratadas, conforme segue:

3.2 - PLANO "4" – UNIFLEX – Hospitalar Apartamento

3.2.1 – A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano as seguintes coberturas:

a) Cobertura Hospitalar:

a.1) A Cobertura Hospitalar, implica na aquisição do direito à internação em apartamento standard com banheiro privativo e com direito a acompanhante, incluindo, durante o período de internação: assistência médica através de médicos cooperados, medicamentos prescritos pelo médico assistente, alimentação, enfermagem, diárias e taxas de internação, material de sala cirúrgica, anestesia, oxigênio e exames complementares durante a internação, para controle e evolução da doença que tenha motivado a internação.

a.2) Inclui-se na Cobertura Hospitalar, os seguintes procedimentos e respectivas carências:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Internação Clínica	180 dias

Internação Cirúrgica	180 dias
Internação Psiquiátrica	180 dias
Cirurgia Cardíaca	180 dias
Urgência e Emergência	24 horas
UTI	180 dias
Diálise Peritoneal e Hemodiálise (nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda)	180 dias
Litotripsia	180 dias
Órteses e Próteses Cirúrgicas (Quando necessárias durante o ato cirúrgico)	180 dias
AIDS	180 dias
Transplantes de Córnea e Rim	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias

a.3) As órteses e próteses cirúrgicas terão cobertura desde que fornecidas pela CONTRATADA ou por quem esta indicar.

a.4) Estão abrangidas nesta cláusula as internações advindas de complicações próprias da evolução da AIDS, incluindo as medicações solicitadas pelo médico assistente durante a internação, com exceção de todos aqueles distribuídos pelo Governo, como por exemplo: AZT e INIBIDORES DA PROTEASE, que são obtidas através da inscrição no Programa Nacional do Combate a AIDS.

a.5) Nos atendimentos de urgência e emergência, quando o usuário ainda estiver cumprindo carências, e nos casos de complicações do processo gestacional, quando não possuir a Cobertura Obstétrica o atendimento se limitará as primeiras 12 horas, nas condições expressas na Cobertura Ambulatorial, salvo quando necessitar de procedimentos exclusivos da Cobertura Hospitalar, quando a Cobertura cessará, passando o ônus a ser responsabilidade do CONTRATANTE.

a.6) Nos casos de cirurgia plástica reparadora, somente terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais.

a.7) Estão cobertos os transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

a.8) Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

a.9) Terão cobertura contratual as cirurgias buco-maxilo que necessitem de regime de internação.

a.10) Inclui-se na cobertura, os procedimentos considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complementares ao tratamento.

- Hemodiálise e Diálise Peritoneal (CAPD);
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia.

a.11) Com a exceção dos usuários portadores de dependência química, todos os demais usuários portadores de transtornos mentais segundo CID 10, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de tratamento hospitalar, deverão ser tratados ou em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, pelo período máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação. Após esse prazo, as internações deverão ser submetidas a controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada.

a.12) Os usuários portadores de dependência química somente deverão ser internados na eventualidade de complicações agudas decorrentes da intoxicação ou da abstinência de drogas de abuso lícitas ou ilícitas, incluindo aqui o álcool. Estas internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", quando este

requerer hospitalização, não deverão ultrapassar o período máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação e deverão ser realizadas em unidades clínicas de hospitais gerais. Após esse prazo, tais internações para a desintoxicação desses usuários, deverão ser submetidas a controle mediante a mesma co-participação prevista no item anterior.

a.13) As lesões autoinfligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais, serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

a.14) A partir de 01 de janeiro de 2.000, além da cobertura especificada no item a.11, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia, e nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, (F 00 a F 09 do CID 10), 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), a cobertura prevista no item a.11 será estendida a até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

a.15) Esta cobertura poderá ser ampliada através da aquisição do Plano 4 "Cobertura Obstétrica".

3.3 – Plano "2" – UNIFLEX – Hospitalar Enfermaria

3.3.1 – A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano, a mesma cobertura prevista no Plano "1", com a exceção das internações que ocorrem em quarto coletivo, e a participação prevista no item a.11 que passa para R\$ 15,00 (quinze reais).

3.3.2 – Esta cobertura poderá ser ampliada através da aquisição do Plano 4 "Cobertura Obstétrica".

3.4 – Plano "3" - Ambulatorial

3.4.1 - A Cobertura Ambulatorial, implica na aquisição do direito à utilização dos procedimentos abaixo descritos. O percentual de participação nos custos das consultas e exames será de %, limitando o valor de participação (franquia) em R\$, calculado sobre cada procedimento realizado.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
CONSULTAS	
• Consultório	30 dias
PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
• Pronto-Socorro	30 dias
• Pronto Socorro para Urgência e Emergência (limite primeiras 12 horas)	24 horas
EXAMES	
• Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia)	30 dias
• Raio - X Simples e Contrastados	30 dias
• Fisioterapias	90 dias
• Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultra-sonografia	30 dias
• Endoscopia, Mamografia	180 dias
• Exames e Testes de Diagnose: Oftalmológicos, Otorrinolaringológicos e Alergológicos	180 dias
• Espirometria	180 dias
• Medicina Nuclear	180 dias
• Ecocardiografia + Holter + Doppler Fluxometria	180 dias
• Neuro Fisiologia Clínica	180 dias
• Holter/Eletrocardiograma Transesofágico	180 dias
• Teste Ergométrico	180 dias
• Prova Função Pulmonar	180 dias
• Densitometria Óssea	180 dias
• Ressonância Magnética	180 dias
• Tomografia Computadorizada	180 dias
• Angiografias	180 dias
• Retinografias/Mapeamento Retina	180 dias
• Laparoscopia Diagnóstica	180 dias
• Videoscopia Diagnóstica	180 dias
• Videolaparoscopia Diagnóstica	180 dias
• Mapa – Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial	180 dias
• Radiologia Intervencionista Diagnóstica	180 dias
• Mapeamento Cerebral	180 dias
• Eletromiografia	180 dias

• Outros exames	180 dias
AMBULATORIAIS	
• Suturas e Imobilização	24 horas
• Procedimentos médicos ambulatoriais	180 dias
ESPECIAIS	
• Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD	180 dias
• Quimioterapia ambulatorial	180 dias
• Radioterapia (Megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.)	180 dias
• Hemoterapia ambulatorial	180 dias
• Cirurgias Oftalmológicas ambulatoriais	180 dias

3.4.1.1 - Os serviços descritos sob o título "Procedimentos Ambulatoriais" serão prestados a nível ambulatorial, com observação de até 12 (doze) horas. Períodos superiores serão considerados como internação com atendimento na "Cobertura Hospitalar".

3.4.2 - Estão inclusos ainda:

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 e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

c) o 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.

3.4.3 - Esta cobertura poderá ser ampliada através da aquisição do Plano 4 "Cobertura Obstétrica".

PLANO "1.3" – UNIFLEX Apartamento

3.5.1 – A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano as seguintes coberturas:

b) Cobertura Hospitalar:

3.5.2 – A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano, a mesma cobertura prevista no Plano "1".

3.5.3 – Esta cobertura poderá ser ampliada através da aquisição do Plano 4 "Cobertura Obstétrica".

c) Cobertura Ambulatorial

3.5.4 - A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano, a mesma cobertura prevista no Plano "3".

3.6 – Plano "2.3" – UNIFLEX Enfermaria

3.6.1 – A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano, a mesma cobertura prevista no plano "1.3", com a exceção das internações que ocorrem em quarto coletivo, e a participação prevista no item a.11 que passa para R\$ 15,00 (quinze reais).

3.6.2 – Esta cobertura poderá ser ampliada através da aquisição do Plano 4 "Cobertura Obstétrica".

3.7 – Plano 4 – COBERTURA OBSTÉTRICA (Opcional)

3.7.1) – A Cobertura Obstétrica poderá ser adquirida opcionalmente em conjunto com os planos UNIFLEX e assegura aos usuários inscritos, a ampliação da cobertura escolhida, incluindo os procedimentos relativos à obstetrícia, que são:

a) Cerclagem do colo uterino; b) cesariana; c) cesariana com histerectomia; d) curetagem pós parto; e) deslocamento manual de placenta; f) Histerectomia puerperal; g) Inversão uterina aguda pós parto – redução manual; h) inversão uterina aguda pós parto – cura cirúrgica; i) parto com ou sem episiotomia; j) parto gemelar (cada um subsequente ao parto); k) parto a fórceps; l) parto com vácuo extrator; m) parto pélvico com manobras; n) parto com versão; o) parto com eclâmpsia; q) prenhez ectópica – cirurgia da; q) sutura de lacerações de trajeto pélvico; r) ultra-sonografia obstétrica; s) doppler fetal; t) abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 123 do Código Penal, devidamente justificado pelo médico assistente; u) despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida, mediante justificativa do médico assistente; v) anestesia de parto, com indicação médica.

3.7.2) – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias após o parto.

3.7.2.1) – Os usuários incluídos nesta cobertura, somente terão direito aos procedimentos obstétricos aqui descritos após cumprirem as seguintes carências, contadas a partir da data da contratação desta cobertura:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Consultas e exames (ligados ao processo gestacional)	60 dias
Parto (normal ou cesárea) e intervenções cirúrgicas	300 dias

CLÁUSULA QUARTA – Procedimentos Excluídos

4.1- Estão excluídas da cobertura deste contrato as despesas decorrentes de:

- a) consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) inseminação artificial;
- d) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 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 definidos como ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- h) Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- i) Transplantes, a exceção de córnea e rim;
- j) Consultas domiciliares;
- k) Medicação de manutenção para pacientes transplantados;
- l) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;
- m) "Check-up", investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica;
- n) Exames admissionais, demissionais e periódicos;
- o) Acidentes de 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.

4.2 - Não estão cobertos também os procedimentos constantes nas coberturas que o usuário não tenha contratado.

CLÁUSULA QUINTA – Local da Prestação dos Serviços

5.1 - Os serviços ora contratados serão prestados em todo território nacional, por médicos cooperados e rede própria ou contratada.

5.2- Os atendimentos nos casos de urgência e emergência serão feitos dentro dos limites previstos em cada uma das coberturas.

CLÁUSULA SEXTA - Usuários

6.1 - Adquirem a qualidade de "usuário" todos os beneficiários do contrato, sendo:

- I - Usuário titular: o CONTRATANTE;
- II. - Usuários dependentes, em relação aos usuários titulares:
 - a) o cônjuge;
 - b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
 - c) o enteado, o menor sob a guarda do usuário titular por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 - d) a companheira ou companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - e) filhos inválidos;
 - f) filhos adotivos, solteiros até 24 anos incompletos.

CLÁUSULA SÉTIMA - Inclusão e Exclusão de Usuários

7.1 – Através da Proposta de Adesão, que integrará este contrato para todos os fins de direito, o CONTRATANTE informará todos os dados relativos a si e a seus dependentes e fará a opção para cada usuário, através da escolha das coberturas.

7.2. – Por ocasião do nascimento dos filhos do CONTRATANTE, os mesmos poderão ser inscritos na CONTRATADA com isenção de carências, desde que:

a) A mãe possua cobertura obstétrica, esteja com suas carências cumpridas.

b) A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento.

c) Seja paga a inscrição e a mensalidade retroativamente a data do nascimento.

7.2.1 – Se houver opção, em favor do filho, inscrito nas condições previstas no item 7.2, por coberturas que a mãe não possua, as respectivas carências deverão ser cumpridas integralmente.

7.2.2 – Se houver opção, em favor do filho, inscrito nas condições previstas no item 7.2, por coberturas que a mãe também possua, e que ainda esteja cumprindo carências, deverá o filho cumprir as carências faltantes.

7.2.3 – No caso de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, será concedida isenção de carências nas coberturas contratadas pelo titular, exceto para doenças preexistentes, desde que inscrito até 30 dias após o ato de adoção ser expedido.

7.3 - Os filhos e as filhas que atingirem a idade limite, prevista no item 6.1 ou venham a contrair matrimônio perderão a condição de usuários dependentes do CONTRATANTE.

7.3.1 - Os filhos que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como usuários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

7.4 - É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de dependente, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões individuais de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante a última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução ou resilição do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.

7.4.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuário titular e/ou dependentes, que perderam essa condição por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem conhecimento daqueles.

CLÁUSULA OITAVA – Proposta de Adesão, Declaração de Saúde e Contrato - Critérios e Prazos

8.1 – O CONTRATANTE receberá, após o preenchimento da Proposta de Adesão, o questionário “Declaração de Saúde”, para cada um dos usuários mencionados.

8.2 – Junto receberá seu contrato, para análise e assinatura.

8.3 – A proposta de adesão, as declarações de saúde e o contrato serão encaminhados para a CONTRATADA.

8.4 – Com base na avaliação da proposta e nas declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar ao CONTRATANTE e/ou dependentes, uma avaliação médica, realizada por um médico perito, a ser escolhido pelo CONTRATANTE, entre uma relação fornecida pela CONTRATADA.

8.5 – A CONTRATADA poderá solicitar complementamente a realização de alguns exames, que auxiliarão o médico perito durante sua avaliação. Será entregue uma guia para realização destes exames para o CONTRATANTE, e seus dependentes, devendo o resultado destes exames acompanhar a Declaração da Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

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

8.7 – Com base nos resultados apurados na Declaração de Saúde, havendo a caracterização de doença preexistente, o usuário poderá optar pelo cumprimento de carência de 24 (vinte e quatro) meses para qualquer tipo de cobertura de ocorrências decorrentes das patologias detectadas ou então pelo “Agravado” do contrato, que consiste num acréscimo ao valor da prestação referente aos riscos assumidos, definidos com base em cálculos atuariais na “Declaração de Opção - Doenças Preexistentes” e que serão informados pela CONTRATADA. A opção pelo “Agravado” permitirá a cobertura da doença preexistente, após o cumprimento das carências normais previstas em cada cobertura. A opção do CONTRATANTE será feita através de Declaração, a ser anexada ao presente contrato.

8.8 – A Proposta de Adesão e seus anexos, entregues a CONTRATADA para análise e se considerada aceita será encaminhada para assinaturas do Contrato.

8.9 – É no início da vigência do contrato, previsto no item anterior, que passam a contar os prazos de carências para o atendimento.

8.10 - O CONTRATANTE poderá a qualquer tempo optar por novas coberturas, desde que cumpra as carências ali previstas, a partir da data da opção, e observe o prazo mínimo de 12 (doze) meses entre uma alteração e outra. A desistência de uma cobertura em período inferior implica na multa prevista na Cláusula Décima – Sétima, item 17.1, inciso II., letra “b”.

8.10.1 - A opção por novas coberturas durante o contrato implica em novo preenchimento da “Declaração de Saúde” e nos procedimentos previstos nos itens 8.4 a 8.7.

CLÁUSULA NONA – Cartão de Identificação

9.1- A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, referente a cobertura a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido e do recibo de mensalidade do último pagamento, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

9.1.1- Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá participar, por escrito o fato à CONTRATADA, para cancelamento (que só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA) e, quando for o caso, emissão de segunda via, 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).

CLÁUSULA DÉCIMA - Condições de atendimento

10.1 - Os serviços contratados, através da opção as coberturas específicas no presente instrumento, serão prestados, dentre os médicos cooperados e prestadores de serviços que integram o sistema nacional UNIMED, da seguinte forma:

I. Consultas: os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, conforme GUIA MÉDICO da Unimed de Florianópolis, e daquelas que integram o sistema nacional UNIMED.

II. Atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, obstétricos: serão prestados em consultórios, clínicas e hospitais próprios ou contratados pela CONTRATADA;

III. Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria ou contratada, mediante solicitação exclusiva do médico cooperado e autorização prévia da CONTRATADA;

IV. Internações hospitalares: serão processadas mediante "pedido de internação", feito pelo médico cooperado, e "guia de internação", expedida pela CONTRATADA em favor do usuário. As internações, com exceção das emergências, somente poderão ser realizadas através dos médicos cooperados à UNIMED.

10.1.1 - Os usuários titulares receberão um Guia Médico, que conterá a relação de todos os profissionais e entidades prestadoras dos serviços da área de ação da CONTRATADA e o telefone das Unimeds do País. As informações, por ocasião da solicitação do atendimento, deverão ser confirmadas, em decorrência do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados em rede contratada.

10.1.2 – Nos casos de urgência e emergência, conforme definição na Clausula Segunda, o usuário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 1 (um) dia útil, contado da data de internação, para providenciar os documentos mencionados no inciso IV, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

10.1.3 - O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, de acordo com as regras de experiência, sendo que, havendo necessidade de prorrogação, a solicitação deve ser emitida pelo médico assistente, dentro dos limites previstos nas coberturas.

10.1.4 - O presente contrato concede cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos

10.1.5 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições e despesas extraordinárias de acompanhantes, bem como despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados à UNIMED ou entidades não credenciadas por esta e ainda serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato. A responsabilidade pelo pagamento destas despesas caberá exclusivamente ao CONTRATANTE e deverá ser feito diretamente ao prestador do atendimento.

10.1.6 - 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.

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

10.1.8 – O CONTRATANTE terá direito a reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titulares 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 praticados conforme Tabela de Referência da Unimed. O CONTRATANTE deverá entregar toda a documentação relativa as despesas efetuadas, recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência, conforme contrato. 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.

10.1.9 – Os atendimentos nos casos de urgência e emergência serão feitos dentro dos limites previstos em cada uma das coberturas.

10.1.10 – Para os exames mais complexos e internações, a CONTRATADA poderá direcionar a realização do procedimento a um determinado recurso, a seu critério, dentro do seu quadro de recursos credenciados.

10.1.11 - 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 DÉCIMA PRIMEIRA- Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência.

11.1 - 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 dentro das disponibilidades dos equipamentos, com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação

devidamente registrada pela Central de Atendimento, observadas as coberturas médicas previstas nas coberturas adquiridas.

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

11.2.1 – Serão feitos os trajetos de um hospital para outro com maiores recursos, ou para um hospital na cidade onde reside o usuário, dentro do território nacional.

11.3 – O serviço poderá ser utilizado também pelo paciente, que na alta hospitalar, estiver impossibilitado de ser transportado por meios normais, sem riscos, e com justificativa do médico assistente, para retorno a sua residência.

11.4 - As ambulâncias UTI estarão disponíveis somente para o Estado de Santa Catarina, de forma que o transporte fora do Estado é de responsabilidade do CONTRATANTE.

11.5 - 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.

11.6 - O transporte é efetuado somente com o cumprimento das previsões contratuais, sempre respeitando a legislação em vigor no que diz respeito as limitações das condições meteorológicas e tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC), do Ministério da Aeronáutica.

11.7 - 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.

11.8 - Estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os 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.

11.9 - As aeronaves à disposição do paciente não terão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marcapasso externo, para eventual utilização durante o transporte.

11.10 - Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo, assim como não cobrirão itens restritivos do plano de saúde contratados pelo usuário/paciente.

11.11 - Para a aquisição deste benefício, os usuários deverão cumprir 60 (sessenta) dias de carência, a partir da data da sua inscrição, salvo situações de urgência e emergência, que terão carências de 24 (vinte e quatro) horas, dentro das coberturas contratadas e previstas neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: Dos Benefícios Especiais

12.1 - SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL:

12.1.1. Este benefício assegura a prestação do Serviço de Assistência e o pagamento ou reembolso de despesas, no valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais), relativas ao funeral do usuário titular, de acordo com as Condições Gerais do Seguro Unimed Garantia Funeral, em poder do Contratante.

12.1.2. Em caso de morte natural haverá uma carência de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da inscrição no seguro. Para morte acidental não haverá carência.

12.1.3. Será considerado segurado o Usuário Titular do Plano de Saúde, desde que, na data de sua inclusão no seguro, esteja em boas condições de saúde e com idade inferior a 66 (sessenta e seis) anos.

12.1.4. O capital segurado será corrigido, anualmente, pelo IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou por outro índice que venha a substituí-lo.

12.1.5. Em caso de sinistro, deverá ser acionada a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, pelos telefones:

0800-161266, no Brasil,

(5511) 288-1388/287-1266, no exterior.

12.1.6. Não sendo acionado o Serviço de Assistência, deverão ser encaminhados à Seguradora, por intermédio da CONTRATADA, para pagamento do capital segurado, os seguintes documentos:

a. Do Segurado falecido:

- . Aviso de sinistro devidamente preenchido;
- . Cópia da Certidão de Óbito;
- . Cópia do documento de identidade (R.G., ou equivalente) do Segurado falecido.

Para morte acidental, mais os seguintes:

- . Cópia do Boletim de Ocorrência;
- . Cópia do Laudo Cadavérico;
- . Cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver.

b. Do(s) beneficiário(s), conforme Cláusula 1.6:

- . cônjuge - Cópia da Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito) e Cédula de Identidade;
- . filhos - Cópia da Certidão de Nascimento atualizada;

. pais - Certidão de Nascimento, ou de Casamento atualizada;
. companheiro(a) - prova dessa condição.

. incapazes - Alvará Judicial e, quando for o caso, termo de Tutela ou Curatela

12.1.6.1. **A CONTRATADA reserva-se o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgue necessário à liquidação do sinistro.**

12.1.7. A cobertura deste seguro abrange a morte do Segurado, em qualquer parte do mundo, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restritos ao território brasileiro.

12.1.8. Estarão excluídos deste seguro os eventos cujas despesas decorram, diretamente ou indiretamente, de:

a. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, rebelião, insurreição, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, tumulto, confisco, sublevação, greves, bem como quaisquer outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, e, ainda, atos das Forças Armadas e de Segurança em tempos de paz;

b. inundação, furacão, ciclones, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;

c. radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação pela radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e explosões nucleares;

d. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

e. competições com veículos, inclusive treinos preparatórios;

f. quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;

g. doenças pré - existentes e conhecidas pelo Estipulante na época da contratação do seguro e acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro;

h. aquisição de jazigo ou carneira;

i. cremação, exceto se disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual;

j. exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do Segurado.

12.1.9. Este seguro é garantido pela UNIMED Seguradora S.A., sediada na Al Santos, 1827 – 9º andar – Cerqueira Cesar – São Paulo – CEP 01419-909.

12.2. SEGURO DE VIDA:

12.2.1. Ao Usuário Titular, é assegurada a cobertura de Seguro de Vida, por morte natural ou acidental, após cumprida uma permanência no Plano de Saúde de 180 dias da data de sua inscrição e desde que, nessa data, o Usuário esteja em boas condições de saúde e não tenha completado 66 anos.

12.2.1.1. Está EXCLUÍDA desta cobertura, conforme Condições Gerais, em resumo, a morte decorrente de:

a. uso de material nuclear;

b. atos ou operações de guerra ou outras perturbações da ordem pública;

c. doenças ou lesões pré-existentes.

12.2.2. O capital segurado é de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), para morte natural, e o dobro, para morte acidental, corrigido, anualmente, pelo IGP-M/FGV, ou outro índice que venha a substituí-lo.

12.2.3. São indicados beneficiários do Segurado os abaixo relacionados, na seguinte ordem:

ESTADO DO SEGURADO	BENEFICIÁRIOS
1. Casado (a)	O cônjuge e, na falta deste, os filhos
2. Viúvo (a), Divorciado (a), Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), com filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	50% a (o) companheira (o) 50% aos filhos
3. Viúvo (a), Divorciado (a), Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem filhos e com companheira (o) registrada (o) na Previdência Social com anotação na Carteira Profissional, ou outras provas legalmente admissíveis.	A (o) companheira (o)
4. Viúvo (a), Divorciado (a) ou Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem companheira (o) e com filhos.	Os filhos em parte iguais com reversão entre si.
5. Viúvo (a), Divorciado (a) ou Separado (a) Judicialmente, Solteiro (a), sem companheira (o)	Os pais, na falta destes, os irmãos, em partes iguais e, na falta destes, segundo a ordem de sucessão,

12.2.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à CONTRATADA, por escrito, a alteração dos seus beneficiários.

12.2.5. No caso de morte do Segurado, seus beneficiários deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos, em originais ou cópias autenticadas:

- Comunicação de Sinistro por Morte;
- Certidão de Óbito;
- CIC e RG do Segurado;

12.2.5.1. Dos Beneficiários:

Cônjuge - Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito), e Cédula de Identidade;

Filhos, pais, tios ou primos - Cédula de Identidade ou Certidão de Nascimento;

Companheira - prova dessa condição;

Incapazes - Alvará Judicial e, quando for o caso, Termo de Tutela ou de Curatela.

12.2.5.2. Em caso de morte acidental, mais os seguintes:

- Boletim de Ocorrência Policial;
- Laudo Cadavérico;
- Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver;

12.2.5.3. Fica reservado à CONTRATADA o direito de exigir quaisquer outros documentos que julgar necessários à liquidação do sinistro.

12.2.6. Este seguro é garantido pela UNIMED SEGURADORA S.A., sediada na Al. Santos, 1827 - 9º andar - Cerqueira Cesar - São Paulo - SP - CEP 01.419-909, sendo que este benefício será assegurado, pelo prazo em que a UNIMED de Florianópolis mantiver vigente a Apólice com a UNIMED Seguradora.

12.3 - FEEA - Fundo Estadual de Extensão assistencial

12.3.1 - O FEEA consiste em, ocorrendo o falecimento do usuário titular (desde que as mensalidades estejam em dia na data do óbito), conceder aos dependentes cadastrados direito aos serviços previsto(s) na(s) cobertura(s) em que se encontrarem inscritos, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito, sem o pagamento das mensalidades.

12.3.1.1 - O direito ao FEEA não se efetuará nos seguintes casos:

- a) Se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- b) Para os usuários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data de falecimento do titular.

12.3.1.2 - Consideram-se dependentes, aptos a participarem do FEEA, segundo regulamento próprio, os dependentes inscritos de acordo com a Cláusula Sexta, item 6.1 do contrato primitivo.

12.3.1.3 - O direito ao FEEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito na forma do item 7.2, da cláusula sétima do contrato.

12.3.1.4 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido no item 12.1 o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência, segundo o que dispõe e limita o item 12.1.2.

12.3.1.5 - O direito ao FEEA 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, na forma do item 12.1.2.

12.3.1.6 - Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do item anterior, ficam impedidos de gozar os benefícios do FEEA, ainda que tivessem direito aos serviços deste contrato, quando vivo o usuário titular.

12.3.1.7 - Os cartões individuais de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídas pela identificação pessoal do FEEA.

12.3.1.8 - O direito à utilização do FEEA, pelos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no município onde estes residam ou onde venham a fixar residência.

12.3.1.9 - Após se utilizarem dos benefícios do FEEA, os usuários dependentes poderão adquirir novo plano, com isenção de carências para as coberturas existentes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Preços, Co-Participação e Condições de Pagamento

13.1 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar a CONTRATADA, por si e por seus dependentes, a título de inscrição e mensalidade fixa, os valores relacionados na Proposta de Adesão, conforme as opções de cobertura escolhida.

13.1.1 - Além da mensalidade fixa, o CONTRATANTE poderá participar de parte dos custos dos serviços, através de percentuais aplicados ao custo, e com franquias, dentro do previsto em cada uma das coberturas em anexo, e a critério do CONTRATANTE.

13.2 - Os valores fixados no item 13.1 deverão ser pagos no ato da assinatura do contrato e, a segunda mensalidade até 30 (trinta) dias após a data de assinatura do contrato, sendo que as mensalidades subsequentes, sempre, no mesmo dia e no mês a que se referir, e o do item 13.1.1 a partir do primeiro

mês da realização do procedimento, com base nas faturas apresentadas, acompanhadas de relação discriminativa dos serviços executados pela UNIMED.

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

13.3.1 – O 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, e que os valores lançados no extrato constituem dívida líquida, certa e exigível do CONTRATANTE, inclusive para fins do art. 585, II. do Código de Processo Civil.

13.3.2 – Havendo qualquer dúvida com relação ao extrato, o CONTRATANTE poderá solicitar que lhe sejam prestadas as informações necessárias e tomadas as devidas providências, conforme o caso.

13.4. - O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade, que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário.

13.4.1 - As faixas etárias e os percentuais de aumento que trata este contrato são:

COBERTURA HOSPITALAR							
	00 A 17	18 A 29	30 A 39	40 A 49	50 A 59	60 A 69	70 OU MAIS
Enfermaria s/ Obstet.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	115,54%	83,89%	24,05%
Enfermaria c/ Obstet.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	106,27%	83,89%	24,05%
Apartamento s/ obstet.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,62%	119,72%	13,35%
Apartamento c/ obstet.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	83,39%	118,87%	13,35%
COBERTURA AMBULATORIAL							
SEM FRANQUIA							
PARTICIPAÇÃO 0 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	78,02%	41,20%	13,66%
FRANQUIA DE R\$ 50,00							
PARTICIPAÇÃO 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	84,44%	44,05%	14,21%
PARTICIPAÇÃO 30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	89,18%	46,01%	14,71%
PARTICIPAÇÃO 50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	101,54%	50,70%	15,83%
COB. HOSP. ENFERMARIA + AMBULATORIAL S/ OBSTETRÍCIA							
SEM FRANQUIA							
PARTICIPAÇÃO 0 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	96,97%	60,47%	18,95%
FRANQUIA DE R\$ 50,00							
PARTICIPAÇÃO 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	102,92%	63,66%	19,55%
PARTICIPAÇÃO 30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	106,63%	65,41%	19,92%
PARTICIPAÇÃO 50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	115,11%	69,10%	20,66%
COB. HOSP. ENFERMARIA + AMBULATORIAL C/ OBSTETRÍCIA							
SEM FRANQUIA							
PARTICIPAÇÃO 0 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	93,60%	60,47%	18,95%
FRANQUIA DE R\$ 50,00							
PARTICIPAÇÃO 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	99,03%	63,66%	19,55%
PARTICIPAÇÃO 30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	102,45%	65,41%	19,92%
PARTICIPAÇÃO 50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	110,26%	69,10%	20,66%
COB. HOSP. APARTAMENTO + AMBULATORIAL S/ OBSTETRÍCIA							
SEM FRANQUIA							
PARTICIPAÇÃO 0 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	85,54%	74,21%	13,43%
FRANQUIA DE R\$ 50,00							
PARTICIPAÇÃO 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	90,64%	78,97%	13,51%
PARTICIPAÇÃO 30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	93,88%	81,53%	13,73%
PARTICIPAÇÃO 50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	101,51%	86,59%	14,40%
COB. HOSP. APARTAMENTO + AMBULATORIAL C/ OBSTETRÍCIA							
SEM FRANQUIA							
PARTICIPAÇÃO 0 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	82,15%	74,21%	13,43%
FRANQUIA DE R\$ 50,00							
PARTICIPAÇÃO 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	86,74%	78,97%	13,51%
PARTICIPAÇÃO 30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	89,69%	81,53%	13,73%
PARTICIPAÇÃO 50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	96,64%	86,59%	14,40%

13.4.2 – Não terá reajuste referente a mudança de faixa etária o usuário com mais de sessenta anos de idade e que já participe deste plano ou antecessor junto o CONTRATADA, por um período contínuo e superior a 10 (dez) anos no mesmo tipo de plano e cobertura.

13.5 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações devidas, 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) – Segmento Saúde, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

13.6 - Além dos acréscimos previstos no item anterior, o atraso no pagamento superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implica na suspensão dos atendimentos e na rescisão do contrato, salvo se a inadimplência ocorrer durante a internação do titular.

13.6.1 – Durante o prazo de suspensão do contrato, havendo utilização dos serviços contratados, esta considerar-se-á indevida, de forma que a CONTRATADA terá o direito de cobrar os procedimentos efetivamente realizados, em custo operacional.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Pagamento por Custo Operacional

14.1- O usuário poderá ser atendido no período em que estiver cumprindo carências ou nos casos em que necessite ou pretenda a execução de serviços não cobertos por este contrato se, obtiver a autorização do CONTRATANTE, que mediante depósito em caução real, responsabilizando-se esta pelo pagamento dos serviços por custo operacional, e desde que a CONTRATADA, atendendo as suas condições técnicas, também emita parecer favorável. Neste caso, os valores dos serviços serão pautados pela Tabela de Honorários em uso pela CONTRATADA, acrescidos do custo administrativo de 15% (quinze por cento).

14.1.1 - Caso o usuário atendido sofra risco pessoal, os procedimentos médicos não cobertos por este contrato, que se tomem indispensáveis à superação do risco, ficam desde já autorizados, ficando o CONTRATANTE responsável pelo custo, na forma exposta no item anterior.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- Reajuste

15.1 - O reajuste do contrato será anual ou em outra periodicidade que venha a ser determinada em lei, e terá como base a inflação verificada no período, medida pelo IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) – Segmento Saúde ou, se este índice deixar de ser publicado, por outro índice de correção aceito pelas partes.

15.1.1 - 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 hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, devendo a aplicação do reajuste ter a prévia aprovação da SUSEP.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Prazo

16.1 - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, contados da sua assinatura, prorrogando-se, a partir daí, automática e sucessivamente, por tempo indeterminado, se não houver rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Rescisão

17.1 - Ocorrerá a rescisão do contrato:

I - POR JUSTA CAUSA, em qualquer tempo, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, salvo se o fato ocorrer durante a internação do usuário titular:

a) se houver atraso no pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato;

b) se houver prática de ilícito penal pelo(s) usuário(s);

c) se houver omissão ou distorção de informações por parte do CONTRATANTE em prejuízo da CONTRATADA, ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

d) se houver abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;

e) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;

f) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

II. - SEM JUSTA CAUSA: Por iniciativa do CONTRATANTE:

a) após o prazo inicial de 12 (doze) meses, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus;

b) dentro do prazo mínimo de 12 (doze) meses, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, ficando sujeito ao pagamento da multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do contrato.

c) O contrato, cuja mensalidade estiver acrescida de valores da opção de agravo ou de cobertura parcial temporária, e a rescisão, antes do prazo estipulado para o pagamento do agravo cirúrgico, e desde que a cirurgia tenha sido realizada, as parcelas restantes serão cobradas no momento da rescisão, constituindo-se dívida líquida, certa e exigível do CONTRATANTE

17.1.1 - Durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Reclamações

18.1 - Em caso de reclamação sobre qualquer um dos serviços prestados, ou mesmo sugestões para melhoria dos serviços, estas deverão ser encaminhadas por escrito a CONTRATADA, aos cuidados da Diretoria Comercial.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - Foro

19.1 - Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - Anexos

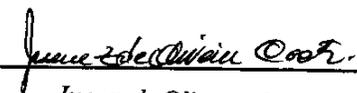
20.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, as Declarações de Saúde, Manual do Usuário e demais anexos aceitos pelas partes contraentes.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, na presença de duas testemunhas.

Florianópolis, 02 janeiro 2001.



UNIMED de Florianópolis
Dr. Nicolau Lima Filho
Vice-Presidente
UNIMED Florianópolis

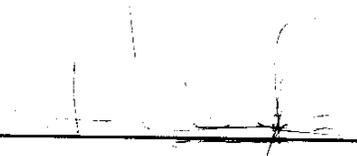


Inarez de Oliveira Castro
Presidente do SINPOFESC

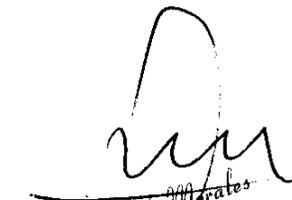
TESTEMUNHAS:

1 - 

Júlio César Pires
CPF: 026.335.599-30
SINPOFESC

2 - 

Patricia Michalski
CPF: 026.142.449-10
SINPOFESC



Ernesto V. Moraes
Gerente de Mercado

TERNO ADITIVO ao Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Plano Uniflex – Nacional, Contrato nº 0421, firmado entre Unimed Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda e SINPOFESC – Sindicato Servidores e Pensionistas da Polícia Federal de Santa Catarina.

Pelo Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Uniflex – Nacional, datado de 25 de dezembro de 2001, de um lado **Unimed Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda**, pessoa jurídica inscrita no CGC do MF sob nº 77.858.611/0001-08, com sede localizada à rua Dom Jaime Câmara, 94 – Centro – Florianópolis – SC, neste ato denominada **CONTRATADA** e representada por seu vice-presidente, Dr. Nicolau Teixeira Filho, e de outro lado, **SINPOFESC – Sindicato Servidores e Pensionistas da Polícia Federal de Santa Catarina**, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE** têm como justo e acordados a prestação de serviços conforme as cláusulas e condições abaixo discriminadas.

Do objeto do contrato

Cláusula 1ª: A **CONTRATADA** prestará aos clientes que possuem planos assistenciais **Uniflex**, junto a **CONTRATANTE**, um serviço médico para atendimento de urgências médico 24 horas (pré-hospitalar) denominado **S.O.S. UNIMED**, conforme as normas estipuladas neste contrato e nas determinações legais dos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem.

Cláusula 2ª: -Define-se como atendimento pré-hospitalar S.O.S Unimed, o atendimento de urgência de crises e/ou acidentes que ponham em risco a vida dos filiados ou apresentem quadro clínico que suponha tal risco, potencial ou real, prestados exclusivamente dentro do perímetro urbano das cidades relacionadas a seguir e cobertas pelo serviço.

Das normas do atendimento

Cláusula 3ª: O serviço médico de urgência será acionado por chamada telefônica atendida por uma Central de Chamadas que fará a regulação e o encaminhamento dos procedimentos.

§ 1º - as primeiras orientações ao chamado serão fornecidas por telefone pela equipe médica da **CONTRATADA**;

§ 2º - a seqüência do tratamento da crise, *in loco*, se for necessário pela orientação do médico regulador, será procedida até que a mesma seja superada, por parte da equipe médica da **CONTRATADA**;

§ 3º - nos casos, e somente nestes, em que o médico que atende ao chamado julgar necessário, será feito o traslado, por via terrestre e/ou aéreo, do paciente até o estabelecimento médico mais especializado dentro dos limites da área de atuação da **CONTRATADA**, desde que, através de contato prévio haja disponibilidade de vaga.

§ 4º - o serviço de urgências S.O.S Unimed será prestado exclusivamente nos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Lages, Blumenau e Joinville, exclusivamente dentro do perímetro urbano destas cidades, nos demais municípios do estado de Santa Catarina somente será utilizado o serviço da **UNISANTA**, que compreende apenas a remoção do paciente de uma unidade hospitalar para outra.



a) a indicação do estabelecimento a que se destinará o paciente, desde que esta decisão não coloque em risco o seu quadro clínico, bem como a obtenção de vaga para a sua internação, será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, podendo, se for o caso, ser auxiliado pelo médico no fornecimento das informações técnicas do caso.

b) na ocorrência da necessidade de transferência a outro centro de referência fora da capital, a Central de Atendimento fará o contato com a equipe de transporte aéreo para o segmento dos procedimentos

c) as condições para transporte aeromédico incluem, sob responsabilidade do CONTRATANTE, a vaga no centro de referência de destino e o transporte terrestre no destino.

d) outras condições alheias à vontade dos interessados também são limitantes para o transporte aeromédico, como boletins meteorológicos desfavoráveis para o vôo, falta de condições de pista para pouso e/ou decolagem do jato ou do helicóptero e viabilidade médica do paciente para o transporte.

e) estão fora da cobertura contratual os portadores de patologias que ponham em risco a integridade física dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, bem como, os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo.

§ 5º Os serviços de transporte aeromédico, iniciam a partir da solicitação do médico assistente, até que seja completada a transferência do paciente, para o estabelecimento médico-assistencial de escolha e responsabilidade do CONTRATANTE ou na hipótese da alta hospitalar com o retorno do paciente, a partir de quando cessam os serviços da CONTRATADA.

Das exclusões

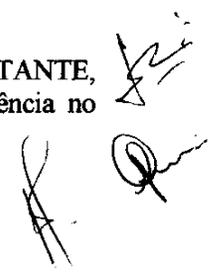
Cláusula 4ª: Estão excluídos do presente contrato os serviços de atendimento aos casos de consultas ambulatoriais; transporte para exames eletivos; sessões de radioterapia; quimioterapia; hemodiálise; traslado de doadores ou de órgãos; estados febris, salvam quando oriundos de outras causas que caracterizem urgência médica, conforme determina a Cláusula 2a; trabalho de parto; distúrbios neurovegetativos; alcoolismo; odontalgias; casos psiquiátricos, e outras patologias que não se caracterizem como urgência médica, estando, nestes casos, assegurado o direito ao aconselhamento médico.

Das responsabilidades

Cláusula 5ª: O atendimento inicia a partir da solicitação dos clientes que possuem planos assistenciais Uniflex, junto a CONTRATANTE, ou de outra pessoa que tome conhecimento da urgência e acione o Serviço através da Central de Chamadas até que a crise tenha sido superada e/ou o paciente se encontre sob condições de permanecer onde for encontrado, ou tiver sido transferido e aceito por estabelecimento médico-assistencial de escolha e responsabilidade do CONTRATANTE, a partir de quando cessam os serviços da CONTRATADA.

Parágrafo único - A escolha é de responsabilidade do CONTRATANTE desde que a mesma não venha a causar ou potencializar risco de vida do paciente.

Cláusula 6ª: O número de solicitações de atendimento é ilimitado por parte de um mesmo CONTRATANTE, desde que as solicitações sejam motivadas por crises agudas ou acidentes que justifiquem a urgência no



atendimento. Cabe ao médico assistente relatar ao final do atendimento o caráter de urgência ou não da chamada.

Cláusula 7ª: O CONTRATANTE está plenamente ciente que as obrigações derivadas do presente contrato para a CONTRATADA são obrigações de meios e não de fins, em virtude do que a CONTRATADA não se responsabiliza por nenhum dano que possa vir a sofrer o CONTRATANTE, derivado da urgência para qual seja convocada a intervenção da CONTRATADA.

Das condições gerais

Cláusula 8ª: A CONTRATADA se reserva o direito de deixar de prestar o serviço S.O.S Unimed que integra o presente contrato a qualquer momento, sem necessidade de causa e sem a incidência de responsabilidades de qualquer ordem para com o CONTRATANTE, sendo obrigação da CONTRATADA oferecer aos CONTRATANTES uma notificação prévia de 30 (trinta) dias, por escrito, expedida ao endereço consignado na ficha de cadastro.

Cláusula 9ª: Os termos deste contrato serão considerados aceitos quando da assinatura do mesmo.

Cláusula 10ª: A CONTRATANTE está isenta do cumprimento de qualquer carência.

Cláusula 11ª: As partes elegem o foro da Comarca de Florianópolis para a solução das dúvidas do presente contrato, expressamente renunciando a quaisquer outros.

E por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas.

Florianópolis, __ de fevereiro de 2001.


CONTRATADA


CONTRATANTE
Juarez de Oliveira Castro
Presidente do SINPOFESC

TESTEMUNHAS:

1.

CPF:


Júlio César Pires
CPF: 026.335.599-30
SINPOFESC

2.
CPF:


Patrícia Michalski
CPF: 026.142.449-10
SINPOFESC


Luiz Ernesto V. Morales
Gerente de Mercado

TERMO ADITIVO ao Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Plano Uniflex – Nacional, Contrato nº 421, firmado entre Unimed de Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. e SINDICATO DOS SERVIDORES E PENSIONISTAS DO DPF EM SANTA CATARINA - SINPOFESC .

Pelo Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Uniflex – Nacional, datado de 02 de janeiro de 2001, de um lado **UNIMED DE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CGC/MF sob o nº 77.858.611/0001-08, estabelecida à Rua Dom Jaime Câmara nº 94, Centro, Florianópolis – SC, representada pelo Vice-Presidente, Dr. Nicolau Teixeira Filho, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, e de outro lado, **SINDICATO DOS SERVIDORES E PENSIONISTAS DO DPF EM SANTA CATARINA - SINPOFESC**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CGC/MF sob o nº 81.532.004/0001-91, com sede à Rua Abelardo Luz, nº 350, Estreito, Florianópolis – SC, representado por seu presidente, Juarez de Oliveira Castro, CPF/MF nº 013.244.893-91, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, têm entre si justo e contratado a Prestação de Serviços Médico-Hospitalares, nos termos e condições estabelecidas naquele instrumento.

Acordam, **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, em aditar as Cláusulas abaixo referidas, do Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares supra citado, as quais passam a vigorar com a seguinte redação:

CLÁUSULA TERCEIRA – Procedimentos Cobertos

As carências relativas aos procedimentos incluídos em virtude da nova regulamentação (Lei n.º 9.656/98), descritos na alínea **a.2, item 3.2.1** (*internação psiquiátrica, órteses e próteses cirúrgicas, AIDS, transplante de córnea e transplante de rim*) serão de 120 (cento e vinte) dias:



Parágrafo único: Para os usuários que ainda tiverem carências a cumprir, em relação às coberturas do Contrato Uniplan, terão as mesmas compensadas neste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – Usuários

Parágrafo único – Adquirem a qualidade de “usuário” deste contrato todos os beneficiários (titulares e dependentes) do contrato anterior (Uniplan), à partir da data de assinatura deste instrumento.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Dos Benefícios Especiais

12.3 - FEEA – Fundo Estadual de Extensão assistencial

12.3.1.2 – Consideram-se dependentes, aptos a participarem do FEEA, segundo regulamento próprio, os seguintes dependentes: a) cônjuge; b) os filhos solteiros até 24 anos incompletos; c) o enteado, o menor sob a guarda do usuário titular por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos; d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual ocorrência com o cônjuge, salvo por determinação judicial; e) filhos inválidos; filhos adotivos, solteiros até 24 anos incompletos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Preços e Condições de Pagamento

13.1 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar a CONTRATADA, por si e por seus dependentes os seguintes valores:

I - inscrição (dos novos usuários que não haviam aderido ao Contrato Uniplan): R\$ 8,73 (oito reais e setenta e três centavos).

II - mensalidade fixa: R\$ 96,20 (para faixa etária de 0 a 60 anos).

R\$ 192,41 (para faixa etária acima de 60 anos)

III - 2ª via da carteira: R\$ 19,98

13.1.1 - Revogado

13.2 - Os valores fixados no item 13.1 deverão ser pagos até o dia 10 (dez) de cada mês.

13.3 - Revogado

13.4 - Revogado

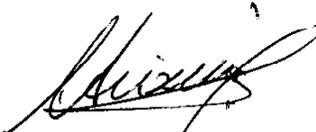
Todas as demais cláusulas do contrato permanecem por este instrumento inalteradas, continuando em pleno vigor na sua redação e condições estabelecidas.



Assim, por se acharem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 02(duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Florianópolis, 02 de janeiro de 2001.


CONTRATANTE
Presidente do SINPOFESC


CONTRATADA

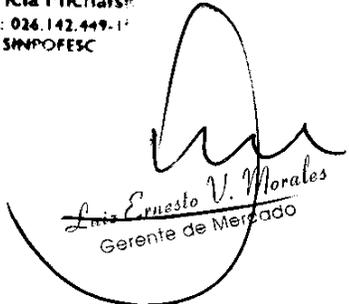
TESTEMUNHAS:

1:
CPF:


Júlio César Pires
CPF: 026.335.599-30
SINPOFESC

2:
CPF:


Patrícia Michalst
CPF: 026.142.449-11
SINPOFESC


Luiz Ernesto V. Morales
Gerente de Mercado

TERMO ADITIVO ao Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Plano Uniflex – Coletivo Por Adesão (Pessoa Jurídica) com Vinculação Nacional, Contrato n.º 421, firmado entre Unimed de Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. e Sindicato dos Servidores e Pensionistas do DPF em Santa Catarina.

Pelo Contrato de Assistência Médico-Hospitalar – Uniflex – Nacional, datado de 20/12/2000, de um lado **UNIMED DE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 77.858.611/0001-08, estabelecida à Rua Dom Jaime Câmara nº 94, Centro, Florianópolis – SC, representada pelo seu Vice-Presidente, Dr. Nicolau Teixeira Filho e Superintendente Dr. Hildebrando Couto Escofano, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, e de outro lado, Sindicato dos Servidores e Pensionistas do DPF em Santa Catarina, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 81.532.004/0001-12, situada na rua Abelardo Luz, 350, Estreito, Florianópolis – SC, representada neste ato por seu devido representante legal, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, têm entre si justo e contratado a Prestação de Serviços Médico-Hospitalares, nos termos e condições estabelecidas naquele instrumento.

Acordam, **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, em aditar as Cláusulas abaixo referidas, do Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares supra citado, as quais passam a vigorar com a seguinte redação:

“CLÁUSULA 5ª – Local da Prestação de Serviços

(...)

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:

Guarulhos (SP): Hospital Carlos Chagas;

Porto Alegre (RS): Hospital Moinho de Vento e Hospital Mãe de Deus;

Recife (PE): Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial de 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 Quinta D'OR, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco – Pronto Socorro Cardiológico e Protocolo Pronto Socorro e Clínica Cardiológica;



Salavador (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 – Cento Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária – Hospital;

São Bernardo do Campo (SP): Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A, Neomater S/C Ltda.;

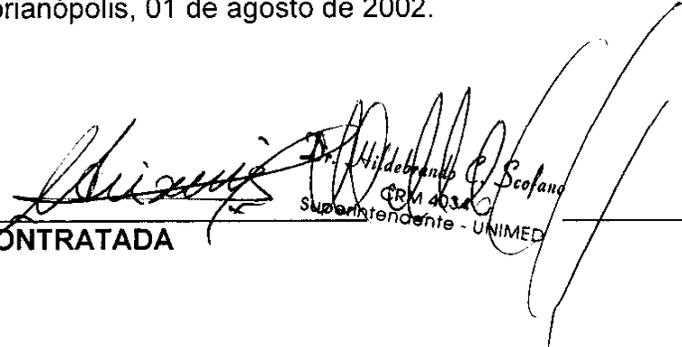
São José do Rio Preto (SP): Sociedade Portuguesa de Beneficência;

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, Fronto Socorro Infantil Sabará S.A. e Pro-Matre Paulista S.A.”

Todas as demais cláusulas do contrato permanecem por este instrumento inalteradas, continuando em pleno vigor na sua redação e condições estabelecidas.

Assim, por se acharem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Florianópolis, 01 de agosto de 2002.


Dr. Wladimir C. Scopano
CRM 4034
Superintendente - UNIMED

CONTRATADA



CONTRATANTE
Presidente do SINPROFESS

TESTEMUNHAS:

1: 
CPF: _____
Gerente de Mercado

2:
CPF:

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
MÉDICOS E HOSPITALARES – Nº 421, FIRMADO ENTRE UNIMED
FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA E
SIND DOS POLICIAIS FEDERAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Pelo contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, datado de 12/25/00, de um lado **UNIMED DE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 77.858.611/0001-08, estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara nº 94, Centro, Florianópolis – SC, representada por seus Diretores abaixo assinados, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA** e de outro lado, **SIND DOS POLICIAIS FEDERAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**, inscrita no CNPJ/MF Sob o nº 81.532.004/0001-12, situada à Rua Abelardo Luz, 350, ESTREITO, Florianópolis SC, neste ato representada por seu Diretor abaixo assinado, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, têm entre si justo e contratado a Prestação de Serviços Médico e Hospitalares, nos termos e condições estabelecidas naquele instrumento.

As partes acima designadas, de comum acordo, resolvem alterar o contrato de prestação de serviços de Assistência Médica, Hospitalar e Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, como segue:

1. Ficam identificados os hospitais considerados de alto custo, nos quais a Unimed Florianópolis não autoriza internações por não fazerem parte da rede de prestadores de serviços da mesma.

1.1. Relação dos Hospitais:

BRASÍLIA (DF)
HOSPITAL SANTA LÚCIA

GUARULHOS (SP)
HOSPITAL CARLOS CHAGAS S.A.

PORTO ALEGRE (RS)
HOSPITAL MÃE DE DEUS
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

RECIFE (PE)
CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN
HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ
HOSPITAL SANTA JOANA
HOSPITAL ESPERANÇA
HOSPITAL REAL PORTUGUÊS

RIO DE JANEIRO
CASA DE SAÚDE LARANJEIRAS
CASA DA SAÚDE SÃO JOSÉ
CLÍNICA BAMBINA
CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA
DH DAY HOSPITAL
HOSPITAL BARRA D'OR MEDISE
HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA
HOSPITAL INTEGRADO GÁVEA
IGASE HOSPITAL SÃO LUCAS
INSTITUTO MINESOTA (VILA SERENA)
PROCARDÍACO - PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO
PRONTOCOR PRONTO SOCORRO E CLÍNICA CARDIOLÓGICA

SALVADOR (BA)
CLÍNICA INFANTIL DE URGÊNCIA LTDA – PROBABY
FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA
HOSPITAL ALIANÇA
HOSPITAL CPI (PEDIÁTRICO)
HOSPITAL ESPANHOL
HOSPITAL PORTUGUÊS
HOSPITAL SANTO AMARO
HOSPITAL SALVADOR



MONTE TABOR – CENTRO ITALO-BRASILEIRO DE PROMOÇÃO SANITÁRIA - HOSPITAL
HOSPITAL SANTA MÔNICA

SÃO BERNARDO DO CAMPO (SP)
HOSPITAL E MATERNIDADE ASSUNÇÃO S.A.
HOSPITAL PRÍNCIPE HUMBERTO S.A.
NEOMATER S/C LTDA

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (SP)
SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

SÃO PAULO (SP)
FUNDAÇÃO ADIB JATENE (DANTE PAZZANESE)
HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ANCHIETA
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA
HOSPITAL DO CORAÇÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S.A.
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ
HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS (GASTROCLÍNICA)
HOSPITAL NOVE DE JULHO S.A.
HOSPITAL SANTA CATARINA
HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS
INCOR-INSTITUTO DO CORAÇÃO
PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARÁ S.A.
PRO-MATRE PAULISTA S.A.
FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE - HOSPITAL A.C. CAMARGO
HOSPITAL SAMARITANO
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO (SANTA ISABEL)

2. A referida relação de hospitais, poderá sofrer alterações referentes a novas inclusões ou exclusões, cabendo a Unimed informa-las aos clientes - Empresas e Associações, através de correspondência.

3. Os atendimentos em hospitais de alto custo, anteriormente identificados, somente serão autorizados nos casos de urgência e emergência, através de processo de reembolso das despesas, tendo como referência os valores praticados pela tabela da Unimed Florianópolis.

4. O serviços assegurados: assistência médica hospitalar e auxiliares de diagnóstico e terapia, têm como referência a tabela AMB/92 e os exames laboratoriais têm como referência a tabela AMB/96, adotadas pela Unimed Florianópolis.

5. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do contrato não prejudicadas por esta alteração.

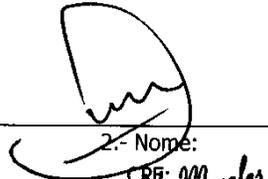
Florianópolis, 01 de dezembro de 2003.


CONTRATANTE


Dr. Marcolino Cargolin Cabral
CRM 1727
Vice-Presidente
Válido Somente para Contratos
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:


1.- Nome: Patrícia Melo Luz
CPF: 753.121.079-72
SINPOFESC
CPF:


2.- Nome: Luiz Ernesto V. Morales
CPF: Morales
Gerente de Mercado
Unimed - Fpolis

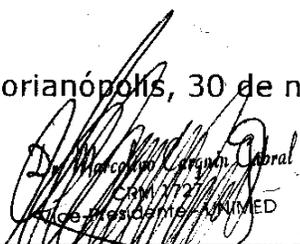
**TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE ASSISTENCIA À SAÚDE N.º 01
UNIFLEX NACIONAL N.º 432.321.00-1 FIRMADO EM 25/12/2000****CONTRATANTE:** SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO EST DE SC
- SINPOFESC, Rua Abelardo Luz, 350 - Estreito
Florianópolis - SC CNPJ: 81.532.004/0001-12**CONTRATADA:** Unimed Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Dom Jaime Câmara, 94 - Centro
Florianópolis - SC CNPJ: 77.858.611/0001-08
Operadora Registro ANS nº 360449

Considerando a necessidade de adequar os termos do Contrato de Assistência à Saúde entre elas vigente às disposições da Lei 9656/98 e respectivas Resoluções, de forma a assegurar transparência na prestação de serviços e em especial regularizar exigências de registro dos contratos, as partes acima qualificadas resolvem aditar referido documento contratual, conforme segue:

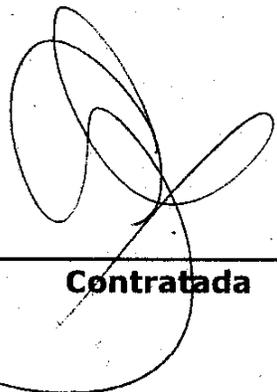
1) O presente Contrato/Plano de Saúde passa a vigorar com o número de registro 435.412/01-5, **ficando mantidas as mesmas coberturas, preços, faixas etárias e características do contrato.**

O referido instrumento passa a vigorar a partir de sua assinatura, sendo firmado em duas vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 30 de novembro de 2005.


Dr. Marcelino Cariani Cabral
CRM 1123
Rua Dom Jaime Câmara, 94 - Centro
Florianópolis - SC

Contratante
Unimed Florianópolis


Contratada

Testemunha: 1 _____

2 _____

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 0421.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS, e de outro, **SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA - SINPOFESC**, resolvem firmar aditivo ao contrato de prestação de serviços entre elas vigente, em razão da publicação da Resolução Normativa 195, alterada pelas Resoluções Normativas 200 e 204, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e disponíveis no sítio www.ans.gov.br.

CLÁUSULA 1ª

Em decorrência da publicação das referidas normas alterando as definições quanto ao regime de contratação de plano de saúde por pessoas jurídicas bem como, por exemplo, as normas quanto à carência, análise de doença e lesão preexistente e a proibição da operadora de cobrar a mensalidade diretamente dos beneficiários, estas alterações têm diversas consequências, impondo-se a adequação da redação das cláusulas contratuais, para assegurar à contratante e aos beneficiários o conhecimento da informação.

CLÁUSULA 2ª

Conforme IN/DIPRO Nº 20 artigo 6º, compete à pessoa jurídica contratante disponibilizar ao beneficiário, quando demandado por este, uma cópia do contrato com as respectivas cláusulas, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA 3ª

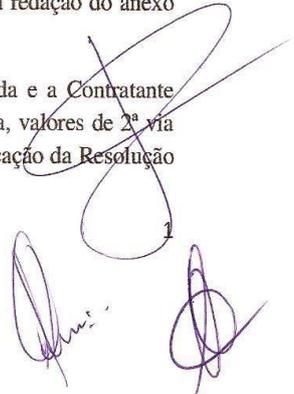
O número do registro do produto fica alterado para **435.412/01-5** e o regime de contratação para **Coletivo Adesão**.

CLÁUSULA 4ª

Com o objetivo de assegurar mais clareza àquelas alterações, derivadas inclusive de instruções normativas da ANS, a redação integral do contrato é reescrita atendendo ao Manual de Elaboração de Contratos de Planos de Saúde publicado por aquela Agência Reguladora, passando o contrato a ter a redação do anexo deste instrumento aditivo.

Parágrafo Primeiro: As cláusulas contratuais ou acordos firmados entre a Contratada e a Contratante referente a valores de limite de co-participação, valores de mensalidade por faixa etária, valores de 2ª via de cartão de identificação e outros itens que não sofreram alterações em razão da publicação da Resolução

Maria



Normativa 195, alterada pelas Resoluções Normativas 200 e 204, permanecem vigentes com o mesmo teor da redação anterior.

CLÁUSULA 5ª

A Contratante compromete-se a entregar o MPS - Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o GLC - Guia de Leitura Contratual para todos os novos titulares que ingressarem no plano de saúde a partir da data da assinatura deste instrumento aditivo

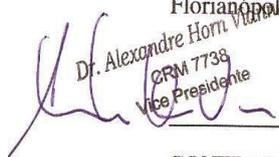
CLÁUSULA 6ª

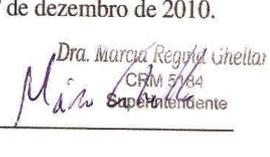
As partes declaram pleno conhecimento das regras do anexo, que passam a ser observadas a partir da data da assinatura deste instrumento aditivo.

CLÁUSULA 7ª

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, rubricando a CONTRATANTE todas as páginas do aludido ANEXO.

Florianópolis, 1º de dezembro de 2010.


Dr. Alexandre Horn
CRM 7738
Vice Presidente

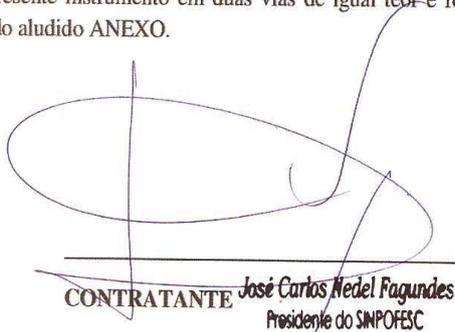

Dra. Marcia Regina Ghella
CRM 5764
Superintendente

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

NOME:

CPF:


CONTRATANTE José Carlos Medel Fagundes
Presidente do SIMPOFESC

NOME:

CPF: 417.793.550-68


NOME: Júlio César Pres

CPF: 026.335.599-30

TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 0421

Pelo presente instrumento particular, de um lado, UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS, e de outro, **SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA - SINPOFESC**, resolvem firmar aditivo ao contrato de prestação de serviços entre elas vigente, em razão da publicação da Resolução Normativa 195, alterada pelas Resoluções Normativas 200 e 204, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e disponíveis no sítio www.ans.gov.br.

CLÁUSULA 1ª

Em decorrência da publicação das referidas normas alterando as definições quanto ao regime de contratação de plano de saúde por pessoas jurídicas bem como, por exemplo, as normas quanto à carência, análise de doença e lesão preexistente e a proibição da operadora de cobrar a mensalidade diretamente dos beneficiários, estas alterações têm diversas conseqüências, impondo-se a adequação da redação das cláusulas contratuais, para assegurar à contratante e aos beneficiários o conhecimento da informação.

CLÁUSULA 2ª

Conforme IN/DIPRO Nº 20 artigo 6º, compete à pessoa jurídica contratante disponibilizar ao beneficiário, quando demandado por este, uma cópia do contrato com as respectivas cláusulas, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA 3ª

O regime de contratação do produto fica alterado para **Coletivo Adesão**.

CLÁUSULA 4ª

Com o objetivo de assegurar mais clareza àquelas alterações, derivadas inclusive de instruções normativas da ANS, a redação integral do contrato é reescrita atendendo ao Manual de Elaboração de Contratos de Planos de Saúde publicado por aquela Agência Reguladora, passando o contrato a ter a redação do anexo deste instrumento aditivo.



Parágrafo Primeiro: As cláusulas contratuais ou acordos firmados entre a Contratada e a Contratante referente a valores de limite de co-participação, valores de mensalidade por faixa etária, valores de 2ª via de cartão de identificação e outros itens que não sofreram alterações em razão da publicação da Resolução Normativa 195, alterada pelas Resoluções Normativas 200 e 204, permanecem vigentes com o mesmo teor da redação anterior.

CLÁUSULA 5ª

A Contratante compromete-se a entregar o MPS - Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o GLC - Guia de Leitura Contratual para todos os novos titulares que ingressarem no plano de saúde a partir da data da assinatura deste instrumento aditivo

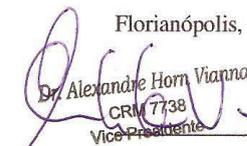
CLÁUSULA 6ª

As partes declaram pleno conhecimento das regras do anexo, que passam a ser observadas a partir da data da assinatura deste instrumento aditivo.

CLÁUSULA 7ª

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, rubricando a CONTRATANTE todas as páginas do aludido ANEXO.

Florianópolis, 1º de dezembro de 2010.

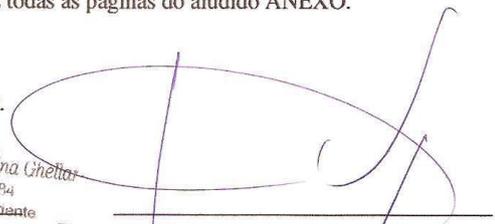
 **Dr. Alexandre Horn Vianna**
CRM 7738
Vice-Presidente

CONTRATADA

 **Dra. Márcia Regina Gheller**
CRM 5784
Superintendente

TESTEMUNHAS:

NOME:



CONTRATANTE **José Carlos Nedel Fagundes**
Presidente do SIMPOFESC

NOME:

CPE: 417.793.550-68

NOME: **JULIO CÉSAR FRES**

TERMO ADITIVO PARA ADEQUAÇÃO DE
CONTRATO COLETIVO ÀS REGRAS DA RN 195

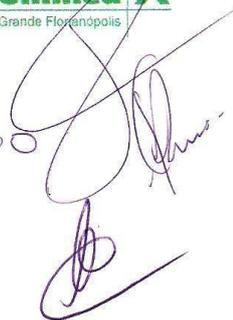
 www.unimedflorianopolis.com.br

SAC: 0800-483500

CPF:

CPF: 026.335.599-30

Unimed 
Grande Florianópolis



Maria

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Nº 0421, FIRMADO ENTRE A UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS E - SIND DOS POLICIAIS FEDERAIS DO EST DE SC – (SINPOFESC).

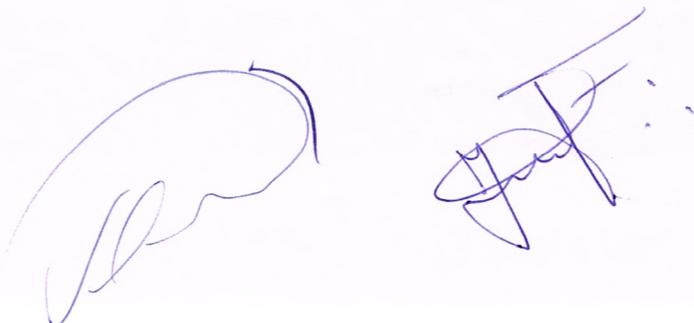
Pelo contrato de Assistência à Saúde acima descrita, no qual é parte **Contratada** UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 77.858.611/0001-08, estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara nº 94, Centro, Florianópolis – SC, representada por seus Diretores abaixo assinados, e o **Contratante** SIND DOS POLICIAIS FEDERAIS NO EST DE SC - SINPOFESC, estabelecida na Rua Idalina Pereira dos Santos, Nº67, Agrônômica, Florianópolis/SC, inscrito no CNPJ sob o nº 81.532.004/0001-12 tem entre si, justo e acertado o contrato de Assistência à saúde, nos termos e condições estabelecidas naquele instrumento.

As partes, de comum acordo, resolvem alterar o Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde referente a empresa participante SINPOFESC 0421, que possui contratado o seguinte produto, como segue:

9042101 - 435412015 COLETIVO POR ADESÃO NACIONAL APTO 00%

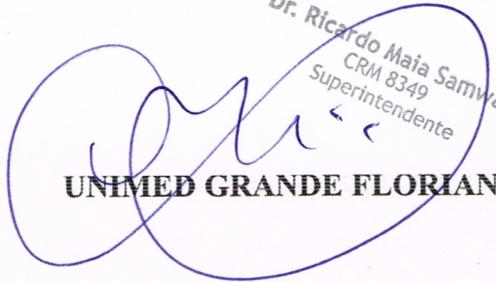
CLÁUSULA – Condições de Admissão dos Usuários

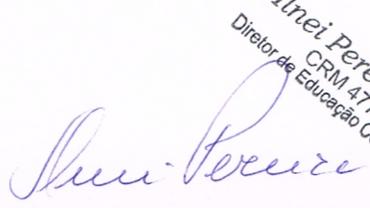
A partir da data da assinatura do presente Termo aditivo, fica acordado entre as partes, a possibilidade de adesão no plano, permitindo também a adesão de dependentes filhos(as) e netos(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos.



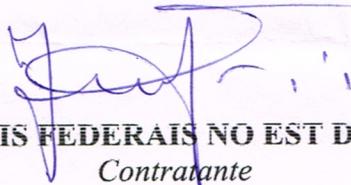
Ressaltamos que permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do contrato não prejudicadas por esta alteração.

Florianópolis, 26 de Novembro de 2015.


Dr. Ricardo Maia Samways
CRM 8349
Superintendente


Inei Pereira Filho
Diretor de Educação Cooperativista
CRM 4777

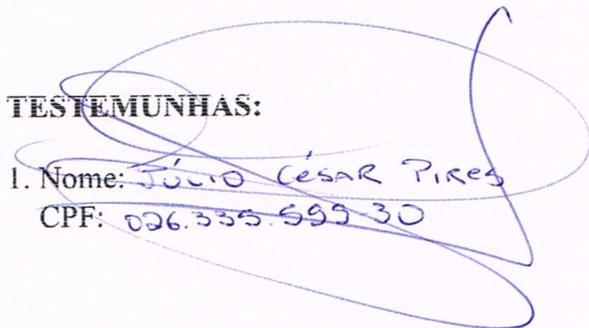
UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Contratada



Joel Moraes Ferreira
Presidente do SINPOFESC

SIND DOS POLICIAIS FEDERAIS NO EST DE SC – SINPOFESC
Contratante

TESTEMUNHAS:


1. Nome: João César Pires
CPF: 026.335.599-30

2. Nome:
CPF:



Termo Aditivo ao Contrato de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, firmado entre Sindicato Dos Policiais Federais No Estado De SC e Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico.

Pelo presente instrumento particular, o (a) **SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO ESTADO DE SC**, inscrito (a) no CNPJ/MF sob o n.º **81.532.004/0001-12**, doravante denominado (a) simplesmente **CONTRATANTE**, neste ato representado (a) nos termos do seu ato constitutivo, e **UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, cooperativa médica, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0001-08, com registro na ANS sob o n.º 36044-9, estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, n.º 94, Centro, Florianópolis – SC, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada nos termos de seu ato constitutivo, celebram o presente Termo Aditivo, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA. O presente instrumento particular abrange os seguintes planos de assistência à saúde do (a) **CONTRATANTE**:

Contrato: 9042101 - Registro ANS: 435412015

CLÁUSULA SEGUNDA. Fica alterada a **Cláusula de Condições de Admissão** para fazer constar que:

I – Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante

Parágrafo primeiro. O plano coletivo por adesão se destina as pessoas jurídicas abaixo listadas, que mantêm **vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com o beneficiário titular:**

- a) conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- c) associações profissionais legalmente constituídas;
- d) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa n.º 195/09;
- f) entidades previstas na Lei n.º 7.395/1985 (as Uniões Estaduais dos Estudantes, Diretórios Centrais dos Estudantes) e na Lei n.º 7.398/1985 (os Grêmios Estudantis).

Parágrafo segundo. Por ocasião da contratação do plano de saúde o (a) **CONTRATANTE** deve atender às condições de admissão e comprovar a legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo indicados:

- a) Contrato Social e alterações ou última alteração contratual consolidada ou Estatuto Social e alterações ou Certidão de Títulos e Documentos de Atos Constitutivos;
- b) Certidão Simplificada da JUCESC, **emitida a menos de 90 (noventa) dias;**
- c) Cartão do CNPJ;
- d) Comprovante de endereço, **emitido a menos de 90 (noventa) dias;**

- e) Documento que comprove a elegibilidade do titular, ou seja, o seu vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) Telefone para contato;
- g) Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados;

Parágrafo terceiro. O (A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, por meio do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo quarto. O (A) CONTRATANTE também fica obrigado (a) a fornecer a qualquer momento informações para atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a viabilizar o cumprimento das obrigações perante o órgão regulador do setor.

Parágrafo quinto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, por meio do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras).

Parágrafo sexto. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo (a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Parágrafo sétimo. Os Formulários Cadastrais devem ser assinados pelos beneficiários titulares e pelo (a) CONTRATANTE, ficando este responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - Condições de Admissão dos Beneficiários

Parágrafo oitavo. Pode ser inscrito como beneficiário titular do plano de saúde a pessoa física que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica CONTRATANTE, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

Parágrafo nono. Pode ser inscrito como dependente do beneficiário do titular do plano de assistência à saúde:

- a) o cônjuge;
- b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o (s) filho (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- d) o (s) enteado (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- e) o (s) neto (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- f) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
- g) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;

Parágrafo dez. O ingresso e permanência dos dependentes dependerão da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo onze. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo (a) CONTRATANTE a CONTRATADA por meio do Formulário de Cadastro.

Parágrafo doze. A inscrição do beneficiário titular e dependentes fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época da inscrição no plano:

- a) Formulário de Cadastro (um por titular), devidamente assinado pelo titular do plano e pelo (a) CONTRATANTE;
- b) Carta de Orientação ao Beneficiário assinada pelo beneficiário ou seu representante legal (titular e dependentes);
- c) Declaração de Saúde, devidamente preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos no plano (titular e dependentes);
- d) Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária (CPT) assinado pelo beneficiário portador da Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

Parágrafo treze. Para inscrição do beneficiário titular no plano devem ser apresentados os documentos a seguir:

1. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG ou RIC;
2. Comprovante de residência (água, luz, telefone, contrato de locação ou declaração de endereço com firma reconhecida), **emitido a menos de 90 (noventa) dias**;
3. Comprovante de vínculo com a CONTRATANTE:
 - 1) **Conselhos profissionais e entidades de classe:** Carteira de exercício profissional com validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.
 - 2) **Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações, Associações profissionais, Cooperativas, Caixas de Assistência e fundações de direito privado, Entidades Previstas na Lei nº 7.395/1985 e outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:** documento de inscrição de regularidade expedido pelo órgão.

Parágrafo quatorze. Para inscrição de beneficiário dependente no plano devem ser apresentados os seguintes documentos:

- a) **Cônjuge:** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Certidão de Casamento Civil;
- b) **Companheiro (a):** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Escritura Pública Declaratória de União Estável ou Declaração Particular de União Estável, assinada pelos conviventes e duas testemunhas, com firma reconhecida em Cartório;
- c) **Filho, natural ou adotivo, enteado ou neto:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Certidão de Nascimento (emitida a menos de 90 dias), do RG e do CPF;
- d) **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG, Certidão de Nascimento e sentença transitada em julgado.

e) **Incapaz:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento/Casamento (emitido a menos de 90 dias), RG, CPF e Termo de Curatela.

Parágrafo quinze. O (A) CONTRATANTE deve fornecer à CONTRATADA **o número do CPF dos beneficiários com 8 (oito) anos ou mais** que constem como dependentes na Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (DIRPF), por força de Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil.

Parágrafo dezesseis. A CONTRATADA poderá exigir a autenticação das cópias de todos os documentos solicitados nesta cláusula.

Parágrafo dezessete. A CONTRATADA poderá solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise da legitimidade da pessoa jurídica e dos beneficiários.

Parágrafo dezoito. Quando o beneficiário estiver impossibilitado de assinar a documentação para aquisição, transferência ou cancelamento do plano de saúde, este poderá ser representado por terceiros, mediante apresentação de procuração com poderes específicos para o ato, sendo:

a) **Procuração Pública** com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; ou

b) **Procuração Particular com firma reconhecida** com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; e

c) Para os clientes **analfabetos, deficientes visuais, impossibilitados de assinar por motivo de doença:** somente será aceita **procuração pública a rogo** (feita em cartório) com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT;

Parágrafo dezenove. O procurador deve apresentar cópia de documento oficial de identificação com foto (RG, CTPS, CNH, passaporte, etc.) e CPF.

Parágrafo vinte. A procuração utilizada deve ser anexada ao formulário, em **via original ou cópia autenticada em cartório.**

CLÁUSULA TERCEIRA. Fica alterada a **Cláusula Reajuste**, nos termos abaixo, a fim de constar a metodologia adotada pela CONTRATADA para cálculo e aplicação do reajuste anual na mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo primeiro. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

Parágrafo segundo. **Contrato com mais de 99 beneficiários:** Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados

a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, seguindo os parâmetros abaixo:

a) O IGPM, Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

b) O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período.

A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: É a soma de todos os valores de coparticipação do período.

Receitas Líquidas do Plano: É soma de todos os valores de contraprestações do período.

a) Portanto, quando a sinistralidade do contrato superar o patamar de 75% (setenta e cinco por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% +IGPM).

b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

1) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
2) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

c) Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será **negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT.**

d) Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados

a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja igual ou inferior a **75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

Parágrafo terceiro. Contrato com até 99 (noventa e nove) beneficiários: Quando o contrato tiver até 99 (noventa e nove) beneficiários, o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com até 99 (noventa e nove) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- a) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- b) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.
- c) O índice de reajuste para contratos com menos de 99 (noventa e nove) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, seguindo os parâmetros abaixo:
- d) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico e a Sinistralidade do agrupamento serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de vigência do reajuste do agrupamento.
- e) O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários do agrupamento, pelas receitas com contraprestações do agrupamento. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: É a soma de todas as despesas assistenciais do agrupamento com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: É a soma de todos os valores de coparticipação do agrupamento.

Receitas Líquidas do Plano: É a soma de todos os valores de contraprestações do agrupamento.



f) Quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de **75% (setenta e cinco por cento)**, o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% +IGPM).

Parágrafo quarto. A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

Parágrafo quinto. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

Parágrafo sexto. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Parágrafo sétimo. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA QUARTA. O presente instrumento particular passa a vigorar a partir de **01/11/2019**.

CLÁUSULA QUINTA. Permanecem inalteradas as demais condições e cláusulas do contrato original não modificadas por este instrumento.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento.

CONTRATADA
Dr. Waldemar de Souza Junior
CRM 5204
Vice Presidente – Unimed

CONTRATADA
Dr. Jolnei Antonio Hawerth
CRM 4863
Superintendente – Unimed

CONTRATANTE
Carlos Eduardo Tavares da Costa -
Presidente