

CONTRATO

UNIMED

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES EM PRÉ-PAGAMENTO MICRO EMPRESAS II - 002/98

CONTRATANTE: SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS NA ÁREA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE DO PARAÍBA - SINDC & T
RUA MAURÍCIO DIAMANTE, 171
CENTRO - SJCAMPOS - SP
C.G.C.: 60.127.602/0001-36

CONTRATADA: UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
RUA VILAÇA, 820 - CENTRO
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP
C.G.C.: 60.214.517/0001-05

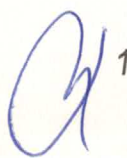
Por este instrumento particular, as partes acima designadas e qualificadas, a primeira doravante denominada **CONTRATANTE** e a segunda **CONTRATADA**, representando seus cooperados na melhor forma de direito, resolvem celebrar este contrato de serviços médicos e hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

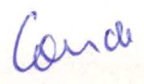
1.1 - A **CONTRATADA** prestará aos proprietários, funcionários e dependentes da **CONTRATANTE** assistência médica de natureza clínica e cirúrgica através de médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia credenciados nas cidades de abrangência relacionados na cláusula segunda, item 2.1.

1.1.1 - São considerados dependentes:

- cônjuge;
- companheira (o) designada (o);
- filhos (as) solteiros (as) até completarem 21 anos;
- filhos(as) solteiros(as) inválidos com comprovação;
- filhos(as) solteiros(as) até completarem 24 anos desde que estudantes com comprovação;
- M.S.G. com termo de guarda por tempo indeterminado na inscrição do titular, até 21 anos.
- pai, mãe;
- sogro, sogra.









1.1.2 - A CONTRATANTE fornecerá à CONTRATADA a relação de usuários, ficando assegurado a CONTRATADA o direito de solicitar a comprovação de dependência.

1.1.3 - Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o titular e dependentes, serão denominados usuários quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PLANO

2.1 - Abrangência

Vale do Paraíba e Litoral Norte.

2.2 - Modalidade de Atendimento

2.2.1 - Todo e qualquer atendimento será efetuado mediante a apresentação da identificação da UNIMED e documento pessoal.

Somente será atendido o usuário regularmente inscrito pela CONTRATADA e devidamente identificado.

2.3 - Inclusão e Exclusão de Usuários

2.3.1 - As inclusões de usuários serão aceitas em qualquer dia do mês, mediante solicitação por escrito da CONTRATANTE, e para inclusão de pai, mãe, sogro e sogra, deverão obrigatoriamente passar por perícia médica.

2.3.2 - As inclusões dos recém-nascidos e novos cônjuges serão aceitas sem carência no prazo de 30 (trinta) dias em que os facultaram dependentes desde que o titular já as tenham cumprido e após esta data haverá carência conforme Cláusula Nona. Para o item 9.4.4 da Cláusula Nona todos usuários cumprirão carências.

2.3.3 - As exclusões de usuários deverão ser informadas pela CONTRATANTE por escrito até o 5º dia útil de cada mês.

2.3.4 - No caso de exclusão de usuário a CONTRATANTE obriga-se a devolver o cartão magnético à CONTRATADA, sob pena de arcar com as despesas pelo uso indevido dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

3.1 - Consultas

G²



Carde



3.1.1 - As consultas serão feitas por médicos cooperados diretamente nos seus consultórios, mediante a apresentação da identificação da UNIMED, slip (guia de consulta) e documento pessoal em SJCampos, Jacareí e Litoral Norte.
Nas demais localidades do Vale do Paraíba, o usuário deverá procurar a UNIMED local para orientação sobre os atendimentos que serão prestados conforme suas normas.

3.2 - Exames

3.2.1 - Os exames especializados relacionados na cláusula nona (9.4.2) serão realizados quando solicitados por médicos cooperados, devendo ser autorizados com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência na sede da CONTRATADA, ou na sede da UNIMED prestadora do serviço.

3.2.2 - Os exames laboratoriais e radiológicos deverão ser solicitados por médicos cooperados e realizados em serviços credenciados.

3.3 - Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

3.3.1 - Serão realizados quando solicitados por médicos cooperados nas localidades de abrangência ou, quando não houver disponibilidade técnica, em outra localidade com encaminhamento pela CONTRATADA.

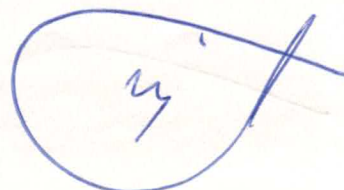
ÚNICO - Os exames e serviços complementares de diagnóstico e tratamento poderão ser realizados pelo próprio médico cooperado ou em serviços credenciados, desde que constem na tabela da A.M.B..

CLÁUSULA QUARTA - CIRURGIAS

4.1 - As cirurgias eletivas serão realizadas somente por médicos cooperados em hospitais credenciados, necessitando ser autorizadas pela CONTRATADA com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.
As cirurgias de urgência/emergência serão realizadas nos hospitais credenciados por médicos cooperados ou plantonistas.

ÚNICO - Serão autorizados os pedidos de cirurgias por videolaparoscopia, videoartroscopia e videotoracoscopia, para serem realizadas por médicos cooperados habilitados pelo Conselho de Administração da Unimed de SJCampos, em hospitais credenciados em **São José dos Campos e Jacareí**, com exceção do fornecimento do grampeador **EVC 35**, o qual será de responsabilidade do usuário.

 3



 Conde



CLÁUSULA QUINTA - DA INTERNAÇÃO

5.1 - Internação Hospitalar

5.1.1 - A internação hospitalar será feita em quarto coletivo para os usuários do plano **enfermaria** ou em quarto com acompanhante para os usuários do plano **apartamento**, mediante apresentação do pedido de internação fornecido pelo médico cooperado previamente autorizado pela CONTRATADA, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas nos hospitais credenciados pela mesma, com direito a assistência médica e aos seguinte serviços:

- A) Diárias para tratamento clínico e cirúrgico;
- B) Taxas de internação, sala cirúrgica, centro obstétrico, sala de gesso, inclusive materiais e medicamentos nacionais;
- C) Serviços gerais de enfermagem;
- D) Exames complementares previstos neste contrato, específicos para diagnóstico e tratamento da doença que motivou a internação até a alta hospitalar;
- E) Medicamentos, anestésicos, oxigênio e transfusão de sangue durante o período de internação;
- F) Materiais descartáveis;
- G) Internações em U.T.I. com limite 30 dias/usuário/ano.

5.1.2 - Para os pacientes internados será de responsabilidade da CONTRATADA o transporte terrestre para a realização de exames.

5.1.3 - Nos casos de transfusão de sangue é de responsabilidade do usuário a reposição do mesmo, dentro das normas dos hospitais em que foram prestados os serviços.


1º - As crianças com até 11 (onze) anos, 11 (onze) meses e 30 (trinta) dias, poderão ficar em apartamento com acompanhante sem despesas adicionais em **São José dos Campos, Jacareí e Litoral Norte**, com exceção nos casos de projeto coração.

2º - O usuário inscrito no plano **enfermaria** poderá optar por acomodação em **apartamento** na UNIMED, ficando sob sua responsabilidade o acerto da diferença dos honorários médicos e das diárias e taxas com o hospital prestador do serviço.

3º - Os usuários poderão chamar médicos cooperados que não estejam de plantão, ficando sob sua responsabilidade o acerto diretamente com a equipe médica, salvo nos casos de parto/ cesáreo.

4º - As internações realizadas por médicos não cooperados por opção do usuário, não serão de responsabilidade da CONTRATADA.

5.1.4 - Acidentes Pessoais

 4





Em caso de acidentes pessoais a internação será limitada em até 30 (trinta) dias por usuário/ano. Para as autorizações de internações decorrentes de acidentes pessoais (acidentes de trânsito e ou lesões causadas por agressão), haverá obrigatoriedade da apresentação do Termo Circunstanciado e Boletim de Ocorrência.

1º - Fica a contratada com direito ao ressarcimento das despesas decorrentes de atos ilícitos de terceiros, causadores de danos ao CONTRATANTE, em respectiva ação de regresso, de acordo com o artigo nº 1.524 do código civil.

CLÁUSULA SEXTA - DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

6.1 - O atendimento em consultório e assistência médica ao internado abrange as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas:

- alergologia/anatomia patológica/anestesiologia
- cardiologia/ cirurgia buco-maxilo-facial/ cirurgia da cabeça e do pescoço/cirurgia da mão/cirurgia digestiva/cirurgia geral/cirurgia pediátrica/cirurgia plástica reparadora/ cirurgia torácica/cirurgia vascular periférica/colo proctologia/clínica médica
- dermatologia
- endoscopia digestiva/endoscopia per-oral/endocrinologia
- fisioterapia/fisioterapia
- gastroenterologia/ginecologia e obstetrícia
- hematologia/hemoterapia (em caso de internação)/homeopatia
- infectologia
- mastologia
- nefrologia/neurologia/neurocirurgia
- oftalmologia/oncologia/ortopedia-traumatologia/otorrinolaringologia
- pneumologia/pediatria/psiquiatria (somente consulta)
- radiologia/radioterapia/reumatologia
- urologia

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que não terão cobertura contratual:

- 01 - Tratamento e internação em caso de moléstia infecto-contagiosa de notificação compulsória, sujeito a isolamento e que seja de responsabilidade do poder público;
- 02 - Atendimento médico ou de enfermagem a domicílio;
- 03 - Tratamentos relativos a atos proibidos pelo código de ética médica, tratamento para

 5

- esterilidade, ou procedimentos relacionados a métodos de anticoncepção;
- 04 - Aviação de óculos e lentes, aparelhos de surdez, aparelhos ortopédicos, válvulas e similares, implantação de lentes;
 - 05 - Internações para casos crônicos e suas conseqüências ou internações geriátricas após o 15º dia/ ano;
 - 06 - Psicose, neurose e doenças mentais que exijam psicanálise e sonoterapia;
 - 07 - Material e medicamentos importados para uso ambulatorial ou em regime de internação, vacinas ou medicamentos prescritos pelo médico cooperado salvo nos casos de pacientes internados;
 - 08 - Transplantes e implantes, inclusive exames e internações pré e pós operatório;
 - 09 - Doenças congênitas e suas conseqüências para os nascidos antes da sua inclusão no plano;
 - 10 - Tratamento em câmara hiperbárica;
 - 11 - Cirurgia ou tratamento estético, inclusive emagrecimento, check-up preventivo e escleroterapia;
 - 12 - Medicina Ocupacional e Acidente de Trabalho;
 - 13 - Cirurgia plástica estética e reparadora para a restauração de funções e lesões de órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes pessoais ocorridos anteriormente a inscrição do usuário e mamoplastia ainda que por hipertrofia mamária com repercussão no esqueleto;
 - 14 - Avaliação e sessões de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional;
 - 15 - Aparelhos estéticos e/ou destinados a substituição ou complementação de função inclusive próteses de qualquer natureza;
 - 16 - Acidentes e ou lesões provocadas por embriaguez, entorpecentes, tentativa de suicídio ou por qualquer ato ilícito, devidamente comprovados, acidentes decorrentes de prática de pára-quedismo e participação em competições com planadores, aeronaves, barcos e veículos a motor em geral, inclusive treinos preparatórios;
 - 17 - Atendimentos nos casos de calamidade, conflitos sociais, revoluções e epidemias que não permitam a CONTRATADA o exercício de suas atividades;
 - 18 - Despesas extraordinárias, artigos de toalete ou medicamentos não prescritos pelo médico cooperado e despesas de acompanhante em internação hospitalar;
 - 19 - Transporte aéreo ou terrestre do paciente, quando o paciente não estiver internado;
 - 20 - Tratamento odontológico;
 - 21 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
 - 22 - Procedimentos incluídos na tabela da A.M.B., edição 92, após a assinatura do contrato.

CLÁUSULA OITAVA - DA EMERGÊNCIA NO TERRITÓRIO NACIONAL

8.1 - Em caso de emergência o usuário terá o seu atendimento realizado em todo território nacional, sendo que nas cidades onde não houver UNIMED, as despesas serão reembolsadas mediante relatório médico (comprovando a emergência) e recibo original



6



Conde



em 100% (cem por cento) do valor da tabela da A.M.B., edição 92, da data do atendimento.

CLÁUSULA NONA - DAS CARÊNCIAS

9.1 - O ingresso de usuários poderá ser feito em qualquer época, cumprindo somente carências previstas nos itens 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4 e 9.4.5.

9.2 - As opções para mudança de plano ocorrerão anualmente no mês de Março.

9.3 - O paciente internado com guia de cirurgia previamente autorizada, não poderá efetuar mudança de plano.

9.4 - Para reingressar no plano de assistência médica hospitalar o usuário cumprirá as carências abaixo:

9.4.1 - 30 dias para consultas e exames simples.

9.4.2 - 90 dias para os exames e tratamentos especializados:


- A.G.C (convencional)/Angiofluoresceinografia
- Cintilografia da tireóide/Colonoscopia
- Densitometria óssea
- Ecocardiograma/Exames contrastados
- Fisioterapia/Fisioterapia por deficiência neurológica
- Holter
- Mapeamento cerebral
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Tomografia
- Ultra-sonografia

9.4.3 - 180 dias para as internações eletivas ou cirúrgicas.

9.4.4 - 270 dias para Projeto Coração.

9.4.5 - 300 dias para parto/cesáreo.

1º - Os procedimentos de emergência/ urgência deverão seguir as carências acima.

 7





2º - Os exames complementares poderão ser realizados por serviços prestados, estando o usuário em período de carência, mediante prévia autorização da CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS COBERTURAS ESPECIAIS

10.1 - A CONTRATADA prestará a CONTRATANTE as seguintes coberturas:

10.1.1 - Procedimentos de Alto Custo, conforme abaixo, com carência de 180 dias:

- Litotripsia;
- Hemodiálise e Diálise;
- Ilizarov;
- Exames com Tálzio e Gálzio;
- Ressonância Nuclear Magnética;
- Ecotransesofágico;
- Angiografia Digital;
- Cirurgias de Porte VI e VII.

10.1.2 - Procedimentos Cardiológicos de alto custo

A) - VALVOPATIAS - 01(40.01.000.7)

- Comissurotomia valvar
- Troca valvar
- Plastia valvar
- Ampliação do anel valvar

B) - CORONARIOPATIAS - 02(40.02.000-2)

- Aneurismectomia de ventrículo esquerdo
- Revascularização do miocárdio

C) - DEFEITOS CONGÊNITOS - 03(40.03.000-8)

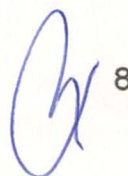
- Para os nascidos na vigência do contrato se a progenitora não estiver em carência.

D) - OUTROS PROCEDIMENTOS - 04(40.04.000-3)

- Aneurisma aorta-torácica - correção cirúrgica
- Aneurisma toraco-abdominal-correção cirúrgica
- Cardiectomia (ferimento, corpo estranho, exploração)
- Pericardiectomia
- Correção cirúrgica das arritmias

E) - MARCA PASSO - 05(40.05.000-9)

- Recolocação de eletrodo

 8

 Condi

- Troca de gerador
- Implante de eletrodo atrial
- Implante de eletrodo ventricular
- Implante de eletrodo atrial e ventricular
- Implante de gerador
- Retirada do sistema


#1º - Usuários com marca-passos, válvulas e próteses implantados, na vigência do módulo coração, terão cobertura para sua manutenção, eventuais trocas e cirurgias previstas na cobertura do módulo coração, desde que permaneçam regularmente cadastrados.


F) - SERVIÇOS BÁSICOS NECESSÁRIOS - 06(40.06.000-4)

- Perfusionista

G) - HEMODINÂMICA - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS- 08(40.08.000-5)

- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas
- Cateterismo de câmaras cardíacas esquerdas
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas por técnica transeptal
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas com testes de sobrecargas (exercício, farmacológica ou eletroestimulação)
- Avaliação hemodinâmica da reatividade vascular pulmonar
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e cineangiografia
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia por tônica transeptal
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia biventricular simultânea
- Cateterismo de câmaras cardíacas direita com cineangiografia e angiografia com oclusão luminal com balão
- Cateterismo de câmaras cardíacas esquerdas com cineangiografia e angiografia com oclusão luminal com balão
- Cateterismo ou câmaras cardíacas direitas e esquerdas com cineangiografia com testes de sobrecargas (exercício, farmacológica ou eletroestimulação)
- Avaliação hemodinâmica da reatividade vascular pulmonar com estudo cineangiográfico
- Diagnóstico antômico das conexões sistêmico pulmonares
- Individualização da repercussão hemodinâmicas nas fistulas A-V pulmonares
- Estudo hemodinâmico em candidatos a transplantes cardíacos ou cardio-pulmonar
- Cateterismo de câmaras esquerdas com estudo cinecoronariográfico
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico

 9

 Conde

- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico e testes de estimulação (exercício, farmacológicos, eletroestimulação)
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas por técnica transeptal com estudo cinecoronariografia
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio
- Cateterismo das câmaras esquerdas, cinecoronariografia com estudo cineangiográfico com troncos supra-aórticos
- Cateterismo das câmaras esquerdas e cinecoronariografia com estudo cineangiográfico da aorta e ou seus ramos
- Cateterismo esquerdo e estudo cineangiográfico da aorta e seus ramos
- Cateterismo das câmaras esquerdas e ou esquerdas e direitas com estudo cinecoronariográfico investigação do espasmo coronariano
- Estudo do metabolismo do miocárdio com cateterismo do seio venoso coronariano
- Estudo do metabolismo do miocárdio com cateterismo do seio venoso coronariano e estudo cinecoronariográfico
- Biopsia endomiocárdica percutânea
- Biopsia endomiocárdica percutânea com cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com cineangiografia
- Biopsia endomiocárdica percutânea com cateterismo de câmaras direitas ou esquerdas com cinecoronariografia
- Angiografia por subtração digital com injeção venosa
- Angiografia por subtração digital com injeção arterial
- Angiografia por subtração digital com aorta e ou seus ramos
- Angiografia por subtração digital de cavidades cardíacas
- Angiografia por subtração digital das artérias coronárias
- Estudo eletrofisiológico intracavitário do sistema de condução sob a ação farmacológica ou elétrica
- Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária
- Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária, com provas farmacológicas ou elétricas

H) - HEMODINÂMICA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS - 09(40.09.000-0)

- Angioplastia transluminal coronária de vaso único
- Angioplastia transluminal de vasos múltiplos
- Angioplastia transluminal coronária como uso simultâneo de balões ou guias
- Angioplastia transluminal coronária com suporte por circulação assistida
- Recanalização mecânica por angioplastia transluminal coronária no iam
- Valvotomia percutânea por via venosa
- Valvotomia percutânea por via arterial
- Valvotomia percutânea por via transeptal
- Aortoplastia transluminal percutânea
- Angioplastia transluminal percutânea nas estenoses periféricas da vasculatura arterial pulmonar

G 10





- Angioplastia transluminal percutânea em conexões sistêmico-pulmonares
- Angioplastia transluminal percutânea em estenoses venosas centrais
- Emboloterapia nas fístulas A. V. pulmonares
- Emboloterapia nas conexões sistêmico-pulmonares
- Oclusão percutânea de P.C.A.
- Oclusão percutânea dos defeitos septais intracardíacos
- Retirada percutânea de corpos estranhos no sistema circulatório
- Retirada percutânea de embolos pulmonares
- Oclusão de veia cava inferior com filtros
- Implante de eletrodo de marca-passo temporário
- Atriosseptostomia por catéter, balão ou por lâmina
- Pericardiocentese após cateterismo complicado

ABRANGÊNCIA

O usuário terá seu atendimento realizado por médicos cooperados especializados em cirurgias cardíacas e em serviços credenciados dentro da área de ação da Contratada, que compreende as cidades de São José dos Campos, Jacareí, Paraibuna, Guararema, Santa Branca, Caraguatatuba, Ubatuba, São Sebastião e Ilhabela.

#1º - Somente serão encaminhados para serviços credenciados de outras Unimeds os procedimentos que comprovadamente não existam recursos técnicos na área de ação da Contratada.

Caberá a Contratada determinar o serviço credenciado e encaminhar o usuário para realização do procedimento.

MUDANÇA DE ACOMODAÇÃO (PARA INTERNAÇÃO)

O usuário do plano enfermaria que optar por acomodação superior (apartamento) ficará responsável por toda diferença de custos hospitalares e honorários médicos, a nível particular, devendo acertar tais custos diretamente com o hospital e equipe médica.

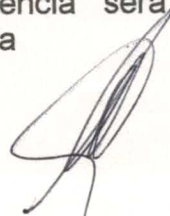
#1º - A Contratada será responsável somente pelas despesas hospitalares e honorários médicos, dentro do plano em que o usuário estiver devidamente cadastrado.

MUDANÇA DE PLANO

Na hipótese de transferência de usuários do plano enfermaria para o plano apartamento haverá uma carência de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, durante esse período ser utilizada a alternativa original. A transferência será realizada somente após o cumprimento das carências do plano enfermaria



11



Condi

Nas transferências de usuários do plano apartamento para o plano enfermaria, será observada uma carência de 01 (hum) ano caso tenha havido utilização do serviço nos últimos 12 (doze) meses. A carência será contada a partir da data da utilização. Caso não se tenha registrado qualquer internação no prazo referido, a transferência será automática, a partir do dia 1º do mês posterior a data do pedido da CONTRATANTE junto a CONTRATADA.

CARÊNCIAS

Haverá carência de 270 (duzentos e setenta) dias para utilização dos procedimentos relacionados nas letras A,B,C,D,E,F,G e H.

#1º - As inscrições de novos titulares ou dependentes, devem ser feitas tendo por base o cumprimento integral das carências (360 dias).

#2º - As inscrições de recém-nascidos, cuja proenitora já esteja cadastrada no projeto coração, deverão ocorrer até o trigéssimo dia do nascimento e seguirão as carências que a mãe estiver cumprindo. Caso ela já tenha cumprido todas as carências, o recém-nascido entrará sem carência.

#3º - Os usuários que estiverem cumprindo carências para uso dos procedimentos cardiológicos, não terão direito a quaisquer atendimentos, inclusive nos casos de urgências/emergências.

#4º - No caso de transferência de Pessoa Jurídica para Pessoa Física ou vice-versa, a carência será absorvida do plano anterior (dentro da mesma acomodação) desde que a mudança seja efetuada no prazo de 30 (trinta) dias.

ROTINA DE ATENDIMENTO

Os procedimentos cardiológicos eletivos previstos neste adendo, serão realizados mediante prévia autorização da Contratada, a qual expedirá no prazo de 48 horas as guias de liberação do atendimento.

Nos casos de urgência/emergência comprovados, a solicitação das guias deverá ser providenciada no primeiro dia útil após a ocorrência.

Os atendimentos de urgência/emergência fora de nossa área de ação deverão ser realizados em rede credenciada da Unimed local com prévia autorização da Contratada.

G

12



Corde

SERVIÇOS NÃO COBERTOS

1. Qualquer procedimento solicitado e ou realizado por médico não cooperado.
2. Qualquer procedimento realizado fora da rede credenciada da Contratada, mesmo em caráter de urgência.
3. Reembolsos das despesas hospitalares e honorários médicos por qualquer procedimento realizado em caráter particular pelo usuário, mesmo em caráter de urgência.
4. Transplante cardíaco, inclusive exames pré e pós operatório.
5. Defeitos congênitos para os nascidos antes da assinatura deste adendo, inclusive suas consequências.
6. Pessoas com marca-passos, válvulas e próteses cardíacas implantados antes da sua inclusão no projeto coração, não terão cobertura destes itens, entretanto poderão usufruir das coberturas complementares do referido adendo.
7. Pessoas submetidas a qualquer procedimento terapêutico, como angioplastia, cirurgias e Ablações de Feixes de Condução, antes da sua inclusão no projeto coração, não terão cobertura para qualquer espécie de atendimento discriminados neste adendo.
8. Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos (código 40.05.004-1).
9. Angioplastia transluminal percutânea nas ramificações da aorta - via vaso.
10. Implante transluminal percutâneo de endo-prótese intravascular.
11. Pericardiostomia com utilização do catéter balão.
12. Controle de hemorragias por catéter balão.
13. Retirada de órgão para transplante.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES

A CONTRATANTE pagará mensalmente a CONTRATADA, as seguintes importâncias:

IDADE	ENFERMARIA	APARTAMENTO
00 - 24 ANOS	57,55	80,48
25 - 45 ANOS	65,86	101,27
46 - 55 ANOS	82,48	130,27
56 - 60 ANOS	126,22	205,97
61 - 65 ANOS	161,45	269,97
66 - 70 ANOS	215,46	363,05
71 - 75 ANOS	298,58	508,52
76 - 80 ANOS	370,97	632,15
81 - 85 ANOS	461,47	786,69

OBS: Haverá desconto de 25% sobre o valor faturado quando o número de usuários for superior a 10(dez).



13



Carde

11.2 - Carteira de identificação

A CONTRATANTE pagará a CONTRATADA a importância correspondente a R\$ 3,00 (três reais) por emissão da segunda via.

11.3 - Qualquer atendimento fora do previsto neste contrato, por vontade do Contratante ou imposições legais, será cobrado por Custo Operacional, de acordo com a Lista de Procedimentos Médicos emitida pela Associação Médica Brasileira em 22/07/96.

ÚNICO - Nos preços acima estão incluídos todos os tributos, impostos e encargos da data de assinatura deste contrato, incidentes direta e indiretamente sobre os serviços contratados, os quais são de responsabilidade da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 - As faturas serão emitidas no dia 16 (dezesesseis) com vencimento para o dia 30 (trinta) do mês do atendimento.

12.1.1 - Os números utilizados para a emissão da fatura, corresponderão ao total de usuários cadastrados até o dia 15 (quinze) do mês do atendimento.

12.1.2 - Haverá cobrança retroativa dos usuários cadastrados a partir do dia 16 (dezesesseis) de cada mês.

12.2 - Será cobrada mora diária de 0,3% sobre o valor faturado quando houver atraso no pagamento.

12.3 - Os pagamentos poderão ser efetuados através de rede bancária.

12.4 - O contrato poderá ser suspenso por atraso de pagamento por 30 (trinta) dias e rescindido definitivamente após o não pagamento de duas faturas vencidas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REAJUSTE

13.1 - Os valores serão mantidos pelos 12 (doze) meses após o início do contrato e no 13º (décimo terceiro) mês se reajustarão pelo índice da SAÚDE da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).



14



Cesende

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO PRAZO

14.1 - O presente contrato entrará em vigor em **1º de Março de 1998**.

14.2 - O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado conforme acordo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - O presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito:

15.1.1 - Com aviso prévio, por escrito, a qualquer momento, com 60 (sessenta) dias de antecedência, se não convier a quaisquer das partes a sua continuidade;

15.1.2 - De imediato por omissão de informações ou tentativas, por quaisquer meios, de obter vantagens ilícitas;

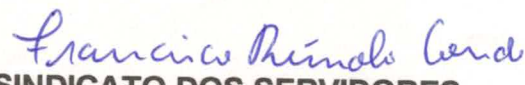
15.1.3 - De imediato pela prática de qualquer falsidade, inexatidão ou erro de informações que tenha influído na aceitação das condições aqui estipuladas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

A CONTRATANTE e a CONTRATADA de comum e mútuo acordo elegem o foro desta comarca de São José dos Campos, para nele serem dirimidas quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente contrato, com renúncia expressa e recíproca de qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja. E por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento na presença das testemunhas abaixo.

São José dos Campos, 19 de Fevereiro de 1998.


UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


FRANCISCO REINALDO CERDEIRA
SINDICATO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS FEDERAIS NA ÁREA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE DO
DO PARAÍBA - SINDC & T

TESTEMUNHAS


**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E
HOSPITALARES EM PRÉ- PAGAMENTO
Nº 10/98**

**CONTRATANTE: SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS NA ÁREA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE DO PARAÍBA - SINDC & T
RUA MAURÍCIO DIAMANTE, 171
CENTRO - SJCAMPOS - SP
C.G.C.: 60.127.602/0001-36**

**CONTRATADA: UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
RUA VILAÇA, 820 - CENTRO
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP
C.G.C.: 60.214.517/0001-05**

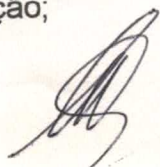
Por este instrumento particular, as partes acima designadas e qualificadas, a primeira doravante denominada CONTRATANTE e a segunda CONTRATADA, representando seus cooperados na melhor forma de direito, resolvem celebrar este contrato de serviços médicos e hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

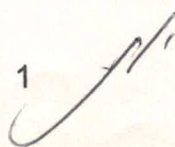
CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - A CONTRATADA prestará aos diretores, funcionários, pensionistas, associados, dependentes e agregados da CONTRATANTE assistência médica de natureza clínica e cirúrgica através de médicos cooperados, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia credenciados nas cidades de abrangência relacionados na cláusula segunda, item 2.1.

1.1.1 - São considerados dependentes:

- cônjuge;
- companheira (o) designada (o);
- filhos (as) solteiros (as) até completarem 21 anos;
- filhos(as) solteiros(as) inválidos com comprovação;
- filhos(as) solteiros(as) até completarem 24 anos desde que estudantes com comprovação;
- Menor sob guarda com termo de guarda por tempo indeterminado na inscrição do titular, até 21 anos com comprovação;



1 



Carde

- pai e mãe desde que sem economia própria com comprovação;
- tutelado com comprovação.

1.1.2 - São considerados agregados:

- sogro, sogra;
- filhos maiores solteiros;
- enteados;

1.13 - A CONTRATANTE fornecerá à **CONTRATADA** a relação de usuários, ficando assegurado a **CONTRATADA** o direito de solicitar a comprovação de dependência.

1.1.4 - Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o titular e dependentes e agregados, serão denominados usuários quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PLANO

2.1 - Abrangência

Vale do Paraíba e Litoral Norte.

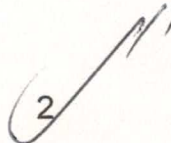
2.2 - Modalidade de Atendimento

2.2.1 - Todo e qualquer atendimento será efetuado mediante a apresentação da identificação da **UNIMED** e documento pessoal. Somente será atendido o usuário regularmente inscrito pela **CONTRATADA** e devidamente identificado.

2.3 - Inclusão e Exclusão de Usuários

2.3.1 - As inclusões de usuários serão aceitas em qualquer dia do mês, mediante solicitação por escrito da **CONTRATANTE**, e para inclusão dos agregados, será obrigatória perícia médica, exceto para os filhos que perderem a condição de dependência no prazo de 30 (trinta) dias.

2.3.2 - As inclusões dos recém-nascidos e novos cônjuges serão aceitas sem carência no prazo de 30 (trinta) dias em que os facultaram dependentes desde que o titular já as tenham cumprido e após esta data haverá carência conforme Cláusula Nona. Para o item 9.4.4 da Cláusula Nona todos usuários cumprirão carências.



Conde

2.3.3 - As exclusões de usuários deverão ser informadas pela CONTRATANTE por escrito até o 5º dia útil de cada mês.

2.3.4 - No caso de exclusão de usuário a CONTRATANTE obriga-se a devolver o cartão magnético à CONTRATADA, sob pena de arcar com as despesas pelo uso indevido dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

3.1 - Consultas

3.1.1 - As consultas serão feitas por médicos cooperados diretamente nos seus consultórios, mediante a apresentação da identificação da UNIMED, slip (guia de consulta) e documento pessoal em SJCampos, Jacareí e Litoral Norte. Nas demais localidades do Vale do Paraíba, o usuário deverá procurar a UNIMED local para orientação sobre os atendimentos que serão prestados conforme suas normas.

3.2 - Exames

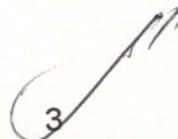
3.2.1 - Os exames especializados relacionados na cláusula nona (9.4.2) serão realizados quando solicitados por médicos cooperados, devendo ser autorizados com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência na sede da CONTRATADA, ou na sede da UNIMED prestadora do serviço.

3.2.2 - Os exames laboratoriais e radiológicos deverão ser solicitados por médicos cooperados e realizados em serviços credenciados.

3.3 - Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

3.3.1 - Serão realizados quando solicitados por médicos cooperados nas localidades de abrangência ou, quando não houver disponibilidade técnica, em outra localidade com encaminhamento pela CONTRATADA.

ÚNICO - Os exames e serviços complementares de diagnóstico e tratamento poderão ser realizados pelo próprio médico cooperado ou em serviços credenciados, desde que constem na tabela da A.M.B.edição 92.



Conde

CLÁUSULA QUARTA - CIRURGIAS

4.1 - As cirurgias eletivas serão realizadas somente por médicos cooperados em hospitais credenciados, necessitando ser autorizadas pela CONTRATADA com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

As cirurgias de urgência/emergência serão realizadas nos hospitais credenciados por médicos cooperados ou plantonistas.

ÚNICO - Serão autorizados os pedidos de cirurgias por videolaparoscopia, videoartroscopia e videotoracoscopia, para serem realizadas por médicos cooperados habilitados pelo Conselho de Administração da Unimed de SJCampos, em hospitais credenciados em **São José dos Campos e Jacareí**, com exceção do fornecimento do grameador **EVC 35**, o qual será de responsabilidade do usuário.

CLÁUSULA QUINTA - DA INTERNAÇÃO

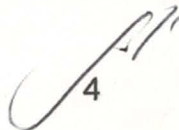
5.1 - Internação Hospitalar

5.1.1 - A internação hospitalar será feita em quarto coletivo para os usuários do plano **enfermaria** ou em quarto com acompanhante para os usuários do plano **apartamento**, mediante apresentação do pedido de internação fornecido pelo médico cooperado previamente autorizado pela CONTRATADA, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas nos hospitais credenciados pela mesma, com direito a assistência médica e aos seguinte serviços:

- A)** Diárias para tratamento clínico e cirúrgico;
- B)** Taxas de internação, sala cirúrgica, centro obstétrico, sala de gesso, inclusive materiais e medicamentos nacionais;
- C)** Serviços gerais de enfermagem;
- D)** Exames complementares previstos neste contrato, específicos para diagnóstico e tratamento da doença que motivou a internação até a alta hospitalar;
- E)** Medicamentos, anestésicos, oxigênio e transfusão de sangue durante o período de internação;
- F)** Materiais descartáveis;
- G)** Internações em U.T.I.

5.1.2 - Para os pacientes internados será de responsabilidade da CONTRATADA o transporte terrestre para a realização de exames.

5.1.3 - Nos casos de transfusão de sangue é de responsabilidade do usuário a reposição do mesmo, dentro das normas dos hospitais em que foram prestados os serviços.



Carde

*
1º - As crianças com até 11 (onze) anos, 11 (onze) meses e 30 (trinta) dias, poderão ficar em apartamento com acompanhante sem despesas adicionais em **São José dos Campos, Jacareí e Litoral Norte**, com exceção nos casos de projeto coração.

2º - O usuário inscrito no plano **enfermaria** poderá optar por acomodação em **apartamento** na UNIMED, ficando sob sua responsabilidade o acerto da diferença dos honorários médicos (livre negociação) e das diárias e taxas com o hospital prestador do serviço.

3º - Os usuários poderão chamar médicos cooperados que não estejam de plantão, ficando sob sua responsabilidade o acerto diretamente com a equipe médica, salvo nos casos de parto/ cesáreo.

4º - As internações realizadas por médicos não cooperados por opção do usuário, não serão de responsabilidade da CONTRATADA.

5.1.4 - Acidentes Pessoais

Para as autorizações de internações decorrentes de acidentes pessoais (acidentes de trânsito e ou lesões causadas por agressão), haverá obrigatoriedade da apresentação do Termo Circunstanciado e Boletim de Ocorrência.

1º - Fica a contratada com direito ao ressarcimento das despesas decorrentes de atos ilícitos de terceiros, causadores de danos ao CONTRATANTE, em respectiva ação de regresso, de acordo com o artigo nº 1.524 do código civil.

CLÁUSULA SEXTA - DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

6.1 - O atendimento em consultório e assistência médica ao internado abrange as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas:

- alergologia/anatomia patológica/anestesiologia
- cardiologia/ cirurgia buco-maxilo-facial/ cirurgia da cabeça e do pescoço/cirurgia da mão/cirurgia digestiva/cirurgia geral/cirurgia pediátrica/cirurgia plástica reparadora/ cirurgia torácica/cirurgia vascular periférica/colo proctologia/clínica médica
- dermatologia
- endoscopia digestiva/endoscopia per-oral/endocrinologia
- fisioterapia/fisioterapia
- gastroenterologia/ginecologia e obstetrícia
- hematologia/hemoterapia (em caso de internação)/homeopatia
- infectologia



Carde

- mastologia
- nefrologia/neurologia/neurocirurgia
- oftalmologia/oncologia/ortopedia-traumatologia/otorrinolaringologia
- pneumologia/pediatria/psiquiatria (somente consulta)
- radiologia/radioterapia/reumatologia
- urologia

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que não terão cobertura contratual:

- 01** - Tratamento e internação em caso de moléstia infecto-contagiosa de notificação compulsória, sujeito a isolamento e que seja de responsabilidade do poder público;
- 02** - Atendimento médico ou de enfermagem a domicílio;
- 03** - Tratamentos relativos a atos proibidos pelo código de ética médica, tratamento para esterilidade, ou procedimentos relacionados a métodos de anticoncepção;
- 04** - Aviamento de óculos e lentes, aparelhos de surdez, aparelhos ortopédicos, válvulas e similares, implantação de lentes;
- 05** - Internações para casos crônicos e suas conseqüências ou internações geriátricas após o 15º dia/ ano;
- 06** - Psicose, neurose e doenças mentais que exijam psicanálise e sonoterapia;
- 07** - Material e medicamentos importados para uso ambulatorial ou em regime de internação, vacinas ou medicamentos prescritos pelo médico cooperado salvo nos casos de pacientes internados;
- 08** - Transplantes e implantes, inclusive exames e internações pré e pós operatório;
- 09** - Doenças congênitas e suas conseqüências para os nascidos antes da sua inclusão no plano;
- 10** - Tratamento em câmara hiperbárica;
- 11** - Cirurgia ou tratamento estético, inclusive emagrecimento, check-up preventivo e escleroterapia;
- 12** - Medicina Ocupacional e Acidente de Trabalho;
- 13** - Cirurgia plástica estética e reparadora para a restauração de funções e lesões de órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes pessoais ocorridos anteriormente a inscrição do usuário e mamoplastia ainda que por hipertrofia mamária com repercussão no esqueleto;
- 14** - Terapia ocupacional;
- 15** - Aparelhos estéticos e/ou destinados a substituição ou complementação de função inclusive próteses de qualquer natureza;



Condo

- 16 - Acidentes e ou lesões provocadas por embriaguez, entorpecentes, tentativa de suicídio ou por qualquer ato ilícito, devidamente comprovados, acidentes decorrentes de prática de pára-queda e participação em competições com planadores, aeronaves, barcos e veículos a motor em geral, inclusive treinos preparatórios;
- 17 - Atendimentos nos casos de calamidade, conflitos sociais, revoluções e epidemias que não permitam a CONTRATADA o exercício de suas atividades;
- 18 - Despesas extraordinárias, artigos de toalete ou medicamentos não prescritos pelo médico cooperado e despesas de acompanhante em internação hospitalar;
- 19 - Transporte aéreo ou terrestre do paciente, quando o paciente não estiver internado;
- 20 - Tratamento odontológico;
- 21 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- 22 - Procedimentos não constantes na tabela da A.M.B., edição 92.
- 23 - Doenças pré-existentes na data da assinatura do contrato, salvo aqueles já inscritos na UNIMED por outros CONTRATANTES no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de exclusão.

CLÁUSULA OITAVA - DA EMERGÊNCIA NO TERRITÓRIO NACIONAL

8.1 - Em caso de emergência o usuário terá o seu atendimento realizado em todo território nacional, sendo que nas cidades onde não houver UNIMED, as despesas serão reembolsadas mediante relatório médico (comprovando a emergência) e recibo original em 100% (cem por cento) do valor da tabela da A.M.B., edição 92, da data do atendimento.

CLÁUSULA NONA - DAS CARÊNCIAS

9.1 - O ingresso de usuários poderá ser feito em qualquer época, cumprindo somente carências previstas nos itens 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5, 9.4.6 e 9.4.7.


ÚNICO - Os usuários inscritos até 30/08/98 estarão isentos de carência

9.2 - As opções para mudança de plano ocorrerão anualmente no mês de Julho.

9.3 - O paciente internado com guia de cirurgia previamente autorizada, não poderá efetuar mudança de plano.

9.4 - Para reingressar no plano de assistência médica hospitalar o usuário cumprirá as carências abaixo:

9.4.1 - 30 dias para consultas e exames simples.



Carde

9.4.2 - 90 dias para os exames e tratamentos especializados:

- A.G.C (convencional)/Angiofluoresceinografia
- Cintilografia da tireóide/Colonoscopia

- Densitometria óssea
- Ecocardiograma/Exames contrastados
- Fisioterapia/Fisioterapia por deficiência neurológica
- Holter
- Mapeamento cerebral
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Tomografia
- Ultra-sonografia

9.4.3 - 180 dias para as internações eletivas ou cirúrgicas.

9.4.4 - 270 dias para Projeto Coração.

9.4.5 - 300 dias para parto/cesáreo.

9.4.6 - 180 dias para procedimentos de alto custo

9.4.7 - 30 dias para avaliação e sessões de psicologia e fonoaudiologia

1º - Os procedimentos de emergência/ urgência deverão seguir as carências acima.

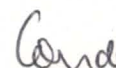
2º - Os exames complementares poderão ser realizados por serviços prestados, estando o usuário em período de carência, mediante prévia autorização da CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS COBERTURAS ESPECIAIS

10.1 - A CONTRATADA prestará a CONTRATANTE as seguintes coberturas:

10.1.1 - Procedimentos de Alto Custo, conforme abaixo:

- Litotripsia;
- Hemodiálise e Diálise;



- Ilizarov;
- Exames com Tálío e Gálio;
- Ressonância Nuclear Magnética;
- Ecotransesofágico;
- Angiografia Digital;
- Cirurgias de Porte VI e VII.

10.1.2 - Procedimentos Cardiológicos de alto custo

Safare / marca passo - a tem cobertura

A) - VALVOPATIAS - 01(40.01.000.7)

- Comissurotomia valvar
- Troca valvar
- Plastia valvar
- Ampliação do anel valvar

B) - CORONARIOPATIAS - 02(40.02.000-2)

- Aneurismectomia de ventrículo esquerdo
- Revascularização do miocárdio

C) - DEFEITOS CONGÊNITOS - 03(40.03.000-8)

- Para os nascidos na vigência do contrato se a progenitora não estiver em carência.

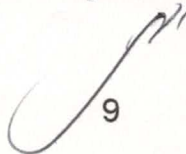
D) - OUTROS PROCEDIMENTOS - 04(40.04.000-3)

- Aneurisma aorta-torácica - correção cirúrgica
- Aneurisma toraco-abdominal-correção cirúrgica
- Cardiectomia (ferimento, corpo estranho, exploração)
- Pericardiectomia
- Correção cirúrgica das arritmias

E) - MARCA PASSO - 05(40.05.000-9)

- Recolocação de eletrodo
- Troca de gerador
- Implante de eletrodo atrial
- Implante de eletrodo ventricular
- Implante de eletrodo atrial e ventricular
- Implante de gerador
- Retirada do sistema

#1º - Usuários com marca-passos, válvulas e próteses implantados, na vigência do módulo coração, terão cobertura para sua manutenção, eventuais trocas e cirurgias previstas na cobertura do módulo coração, desde que permaneçam regularmente cadastrados.



Cardi

F) - SERVIÇOS BÁSICOS NECESSÁRIOS - 06(40.06.000-4)

- Perfusionista

G) - HEMODINÂMICA - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS- 08(40.08.000-5)

- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas
- Cateterismo de câmaras cardíacas esquerdas
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas por técnica transeptal
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas com testes de sobrecargas (exercício, farmacológica ou eletroestimulação)
- Avaliação hemodinâmica da reatividade vascular pulmonar
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e cineangiografia
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia por tónica transeptal
- Cateterismo de câmaras cardíacas direitas e esquerdas e cineangiografia biventricular simultânea
- Cateterismo de câmaras cardíacas direita com cineangiografia e angiografia com oclusão luminal com balão
- Cateterismo de câmaras cardíacas esquerdas com cineangiografia e angiografia com oclusão luminal com balão
- Cateterismo ou câmaras cardíacas direitas e esquerdas com cineangiografia com testes de sobrecargas (exercício, farmacológica ou eletroestimulação)
- Avaliação hemodinâmica da reatividade vascular pulmonar com estudo cineangiográfico
- Diagnóstico antômico das conexões sistémico pulmonares
- Individualização da repercussão hemodinâmicas nas fístulas A-V pulmonares
- Estudo hemodinâmico em candidatos a transplantes cardíacos ou cardio-pulmonar
- Cateterismo de câmaras esquerdas com estudo cinecoronariográfico
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico e testes de estimulação (exercício, farmacológicos, eletroestimulação)
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas por técnica transeptal com estudo cinecoronariografia
- Cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com estudo cinecoronariográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio
- Cateterismo das câmaras esquerdas, cinecoronariografia com estudo cineangiográfico com troncos supra-aórticos
- Cateterismo das câmaras esquerdas e cinecoronariografia com estudo cineangiográfico da aorta e ou seus ramos
- Cateterismo esquerdo e estudo cineangiográfico da aorta e seus ramos
- Cateterismo das câmaras esquerdas e ou esquerdas e direitas com estudo cinecoronariográfico investigação do espasmo coronariano



10

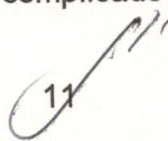


Coord

- Estudo do metabolismo do miocárdio com cateterismo do seio venoso coronariano
- Estudo do metabolismo do miocárdio com cateterismo do seio venoso coronariano e estudo cinecoronariográfico
- Biopsia endomiocárdica percutânea
- Biopsia endomiocárdica percutânea com cateterismo de câmaras direitas e esquerdas com cineangiografia
- Biopsia endomiocárdica percutânea com cateterismo de câmaras direitas ou esquerdas com cinecoronariografia
- Angiografia por subtração digital com injeção venosa
- Angiografia por subtração digital com injeção arterial
- Angiografia por subtração digital com aorta e ou seus ramos
- Angiografia por subtração digital de cavidades cardíacas
- Angiografia por subtração digital das artérias coronárias
- Estudo eletrofisiológico intracavitário do sistema de condução sob a ação farmacológica ou elétrica
- Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária
- Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária, com provas farmacológicas ou elétricas

H) - HEMODINÂMICA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS - 09(40.09.000-0)

- Angioplastia transluminal coronária de vaso único
- Angioplastia transluminal de vasos múltiplos
- Angioplastia transluminal coronária como uso simultâneo de balões ou guias
- Angioplastia transluminal coronária com suporte por circulação assistida
- Recanalização mecânica por angioplastia transluminal coronária no iam
- Valvotomia percutânea por via venosa
- Valvotomia percutânea por via arterial
- Valvotomia percutânea por via transeptal
- Aortoplastia transluminal percutânea
- Angioplastia transluminal percutânea nas estenoses periféricas da vasculatura arterial pulmonar
- Angioplastia transluminal percutânea em conexões sistêmico-pulmonares
- Angioplastia transluminal percutânea em estenoses venosas centrais
- Emboloterapia nas fístulas A. V. pulmonares
- Emboloterapia nas conexões sistêmico-pulmonares
- Oclusão percutânea de P.C.A.
- Oclusão percutânea dos defeitos septais intracardíacos
- Retirada percutânea de corpos estranhos no sistema circulatório
- Retirada percutânea de embolos pulmonares
- Oclusão de veia cava inferior com filtros
- Implante de eletrodo de marca-passo temporário
- Atriosseptostomia por catéter, balão ou por lâmina
- Pericardiocentese após cateterismo complicado



Corde

ABRANGÊNCIA

O usuário terá seu atendimento realizado por médicos cooperados especializados em cirurgias cardíacas e em serviços credenciados dentro da área de ação da Contratada, que compreende as cidades de São José dos Campos, Jacareí, Paraibuna, Guararema, Santa Branca, Caragatatuba, Ubatuba, São Sebastião e Ilhabela.

#1º - Somente serão encaminhados para serviços credenciados de outras Unimeds os procedimentos que comprovadamente não existam recursos técnicos na área de ação da Contratada.

Caberá a Contratada determinar o serviço credenciado e encaminhar o usuário para realização do procedimento.

MUDANÇA DE ACOMODÇÃO (PARA INTERNAÇÃO)

O usuário do plano enfermaria que optar por acomodação superior (apartamento) ficará responsável por toda diferença de custos hospitalares e honorários médicos, a nível particular, devendo acertar tais custos diretamente com o hospital e equipe médica.

#1º - A Contratada será responsável somente pelas despesas hospitalares e honorários médicos, dentro do plano em que o usuário estiver devidamente cadastrado.

MUDANÇA DE PLANO

somente em julho sem carência.

Na hipótese de transferência de usuários do plano enfermaria para o plano apartamento haverá uma carência de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, durante esse período ser utilizada a alternativa original. A transferência será realizada somente após o cumprimento das carências do plano enfermaria

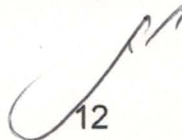
Nas transferências de usuários do plano apartamento para o plano enfermaria, será observada uma carência de 01 (hum) ano caso tenha havido utilização do serviço nos últimos 12 (doze) meses. A carência será contada a partir da data da utilização.

Caso não se tenha registrado qualquer internação no prazo referido, a transferência será automática, a partir do dia 1º do mês posterior a data do pedido da CONTRATANTE junto a CONTRATADA.

CARÊNCIAS

Haverá carência de 270 (duzentos e setenta) dias para utilização dos procedimentos relacionados nas letras A,B,C,D,E,F,G e H.

#1º - As inscrições de novos titulares ou dependentes, devem ser feitas tendo por base o cumprimento integral das carências (270 dias).



Coendi

#2º - As inscrições de recém-nascidos, cuja progenitora já esteja cadastrada no projeto coração, deverão ocorrer até o trigésimo dia do nascimento e seguirão as carências que a mãe estiver cumprindo. Caso ela já tenha cumprido todas as carências, o recém-nascido entrará sem carência.

#3º - Os usuários que estiverem cumprindo carências para uso dos procedimentos cardiológicos, não terão direito a quaisquer atendimentos, inclusive nos casos de urgências/emergências.

#4º - No caso de transferência de Pessoa Jurídica para Pessoa Física ou vice-versa, a carência será absorvida do plano anterior (dentro da mesma acomodação) desde que a mudança seja efetuada no prazo de 30 (trinta) dias.

ROTINA DE ATENDIMENTO


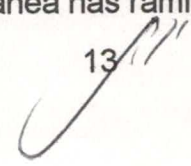
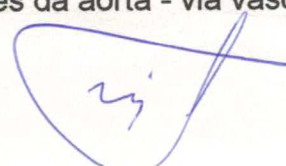
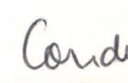
Os procedimentos cardiológicos eletivos previstos neste adendo, serão realizados mediante prévia autorização da Contratada, a qual expedirá no prazo de 48 horas as guias de liberação do atendimento.

Nos casos de urgência/emergência comprovados, a solicitação das guias deverá ser providenciada no primeiro dia útil após a ocorrência.

Os atendimentos de urgência/emergência fora de nossa área de ação deverão ser realizados em rede credenciada da Unimed local com prévia autorização da Contratada.

SERVIÇOS NÃO COBERTOS

1. Qualquer procedimento solicitado e ou realizado por médico não cooperado.
2. Qualquer procedimento realizado fora da rede credenciada da Contratada, mesmo em caráter de urgência.
3. Reembolsos das despesas hospitalares e honorários médicos por qualquer procedimento realizado em caráter particular pelo usuário, mesmo em caráter de urgência.
4. Transplante cardíaco, inclusive exames pré e pós operatório.
5. Defeitos congênitos para os nascidos antes da assinatura deste adendo, inclusive suas consequências.
6. Pessoas com marca-passos, válvulas e próteses cardíacas implantados antes da sua inclusão no projeto coração, não terão cobertura destes itens, entretanto poderão usufruir das coberturas complementares do referido adendo.
7. Pessoas submetidas a qualquer procedimento terapêutico, como angioplastia, cirurgias e Ablações de Feixes de Condução, antes da sua inclusão no projeto coração, não terão cobertura para qualquer espécie de atendimento discriminados neste adendo.
8. Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos (código 40.05.004-1).
9. Angioplastia transluminal percutânea nas ramificações da aorta - via vaso.

 13   

10. Implante transluminal percutâneo de endo-prótese intravascular.
11. Pericardiostomia com utilização do catéter balão.
12. Controle de hemorragias por catéter balão.
13. Retirada de órgão para transplante.

10.1.3 - Avaliações e sessões de psicologia e fonoaudiologia *atendidos 25/09/98*

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES

11.1 - A CONTRATANTE pagará os seguintes valores para a CONTRATADA:

11.1.1 - PLANO COM ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA

São José dos Campos e Vale do Paraíba

limites atendidos 05/09/99

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 96,00 (noventa e seis reais) por família

Repassse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 34,00 (trinta e quatro reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 96,00 (noventa e seis reais) por família

Repassse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 96,00 (noventa e seis reais) por família


11.1.2 - PLANO COM ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO

São José dos Campos e Vale do Paraíba

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 38,00 (trinta e oito reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 168,00 (cento e sessenta e oito reais) por família



14



Celso

Repasse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 168,00 (cento e sessenta e oito reais) por família

Repasse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 67,00 (sessenta e sete reais) por pessoa inscrita com participação do associado/ funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 168,00 (cento e sessenta e oito reais) por família

11.1.3 -PLANO COM ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA - AGREGADOS

São José dos Campos e vale do Paraíba

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 102,00 (cento e dois reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 102,00 (cento e dois reais) .

Repasse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 133,00 (cento e trinta e três reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 133,00 (cento e trinta e três reais) .

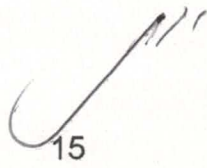
Repasse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 154,00 (cento e cinquenta e quatro reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 154,00 (cento e cinquenta e quatro reais) .

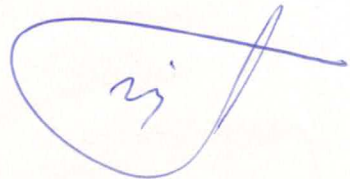
11.2 - Carteira de identificação

A CONTRATANTE pagará a CONTRATADA a importância correspondente a R\$ 3,00 (três reais) por emissão da segunda via.

11.3 - Qualquer atendimento fora do previsto neste contrato, por vontade do Contratante ou imposições legais, será cobrado por Custo Operacional, de acordo com a Tabela da Associação Médica Brasileira edição 92 (coeficiente de honorários a R\$ 0,27).



15



Caranda

ÚNICO - Nos preços acima estão incluídos todos os tributos, impostos e encargos da data de assinatura deste contrato, incidentes direta e indiretamente sobre os serviços contratados, os quais são de responsabilidade da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 - Serão emitidas duas faturas:

- dia 16 (dezesseis) do mês de competência com vencimento para o dia 10 (dez) do mês subsequente referente ao prêmio mensal.

- até dia 16 (dezesseis) do mês subsequente com vencimento para o dia 5 (cinco) do mês seguinte referente a participação de 40% dos diretores, funcionários, pensionistas, associados e agregados.

12.1.1 - Os números utilizados para a emissão da fatura, corresponderão ao total de usuários cadastrados até o dia 15 (quinze) do mês do atendimento.

12.1.2 - Haverá cobrança retroativa dos usuários cadastrados a partir do dia 16 (dezesseis) de cada mês.

12.2 - Será cobrada mora diária de 0,3% sobre o valor faturado quando houver atraso no pagamento.

12.3 - Os pagamentos poderão ser efetuados através de rede bancária.

12.4 - O contrato poderá ser suspenso por atraso de pagamento por 30 (trinta) dias e rescindido definitivamente após o não pagamento de duas faturas vencidas.

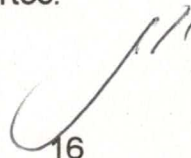
CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REAJUSTE

13.1 - Os valores serão mantidos pelos 12 (doze) meses após o início do contrato e no 13º (décimo terceiro) mês se reajustarão pelo índice da SAÚDE da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO PRAZO

14.1 - O presente contrato entrará em vigor em **1º de Julho 1998**.

14.2 - O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado conforme acordo entre as partes.


16

Conda

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - O presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito:

15.1.1 - Com aviso prévio, por escrito, a qualquer momento, com 60 (sessenta) dias de antecedência, se não convier a quaisquer das partes a sua continuidade;

15.1.2 - De imediato por omissão de informações ou tentativas, por quaisquer meios, de obter vantagens ilícitas;

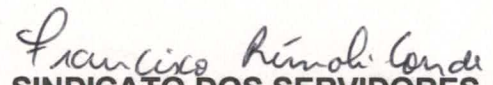
15.1.3 - De imediato pela prática de qualquer falsidade, inexatidão ou erro de informações que tenha influído na aceitação das condições aqui estipuladas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

A CONTRATANTE e a CONTRATADA de comum e mútuo acordo elegem o foro desta comarca de São José dos Campos, para nele serem dirimidas quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente contrato, com renúncia expressa e recíproca de qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja. E por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento na presença das testemunhas abaixo.

São José dos Campos, 23 de Junho e 1998.


UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


SINDICATO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS FEDERAIS NA ÁREA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE DO
DO PARAÍBA - SINDC & T


TESTEMUNHAS

TERMO ADITIVO

Termo aditivo ao contrato, para prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, em pré-pagamento, firmado entre a **Sindicato dos Servidores Públicos Federais na Área de Ciência e Tecnologia no Vale do Paraíba - SINDC&T** e a **Unimed de São José dos Campos - Cooperativa de Trabalho Médico**, que mutuamente aceitam e outorgam, incluir o seguinte item:

INCLUIR:

Cláusula Décima

Item 10.1.3 - Psicologia e Fonoaudiologia

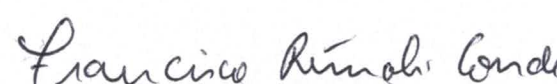
Haverá limite de 08 sessões por família/mês.

As demais cláusulas e itens continuarão iguais aos do contrato em vigor.

O presente termo aditivo entrará em vigor em **1º de setembro de 1998**. E, por estarem justos e contratados, firmam o presente termo aditivo em duas vias de um só teor e para os mesmos fins.

São José dos Campos, 25 de agosto de 1998.


UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


FRANCISCO RINALDI CONDE
SINDICATO SERV. PÚB. FED. ÁREA DE
CIÊNCIA E TEC. VALE DO PARAÍBA
SINDC&T

TESTEMUNHA

TERMO ADITIVO

(alteração do limite)

Termo aditivo ao Contrato nº 10/98, para prestação de Serviços Médicos e Hospitalares nas Segmentações Ambulatorial mais Hospitalar Com Obstetrícia, em pré-pagamento, firmado entre a **Sindicato dos Servidores Públicos Federais na Área de Ciência e Tecnologia no Vale do Paraíba – SINDC & T** e a **Unimed de São José dos Campos - Cooperativa de Trabalho Médico**, que mutuamente aceitam e outorgam, incluir o seguinte item:

INCLUIR:

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA ADAPTAÇÃO À LEI 9.656/98

17.1 – São partes integrantes deste contrato o Guia Médico, Manual de Orientação do Usuário, Rol de Procedimentos e Tabela de Reembolso.

17.2 – DEFINIÇÕES

17.2.1 – Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

CONTRATADA: é a operadora de plano privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela CONTRATADA.

CONTRATANTE: Pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde.

BENEFICIÁRIO: é aquele favorecido pelo benefício.

17.2.2 - Também são assim definidos:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.

AMBULATORIAL: pertencente ou relativo a ambulatório.

AMBULATÓRIO: estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

CÁLCULO ATUARIAL: cálculo realizado tendo como base as utilizações, o valor dos procedimentos e o número de pessoas inscritas em um mesmo plano.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não têm direito às coberturas CONTRATADAS.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10º revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas por serviços prestados aos beneficiários, ao qual a CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA ou, diretamente, a quem execute a assistência à saúde.

COBERTURAS: são as cláusulas contratadas, que os beneficiários têm direito.



COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas no contrato.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrado da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistências à saúde.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através das tabelas pagas aos cooperados e serviços credenciados

DOCUMENTO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa CONTRATADA, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

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

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intra-uterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente de trabalho.

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

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do beneficiário, ou com a sua morte. Será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

EXAMES BÁSICOS:

Anexo rol de procedimentos.

EXAMES ESPECIAIS:

Anexo rol de procedimentos.

GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.



INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o beneficiário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

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 beneficiário, a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PRÓTESES: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução nº 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998, que referência os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, vinculadas através de contrato particular, para a prestação de serviços aos beneficiários

UNIMED é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 17 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

17.3 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

17.3.1 - Para as novas inclusões haverá carência conforme itens 17.4.1, 17.5.2 e 17.6.2 e a necessidade do preenchimento da Declaração de Saúde podendo haver cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses para doenças e lesões preexistentes.

17.3.2 - Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pelo beneficiário titular com a CONTRATANTE, ele e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

17.3.2.1 - Para o beneficiário titular que contribui no plano de saúde, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, é assegurado o direito a manutenção de plano de saúde, com as mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento integral da mensalidade anteriormente de responsabilidade patronal.

17.3.2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 17.3.2.1 será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

17.3.2.3 - A manutenção assegurada no item 17.3.2.1 se estende aos beneficiários dependentes.



3
Conde

17.3.3 - Ocorrendo a aposentadoria do beneficiário titular, que esteja incluído em plano coletivo de saúde da empresa há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito a manutenção de planos de saúde, na razão de um ano para cada ano de contribuição, com as mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral e também o de responsabilidade patronal.

17.3.3.1 - Ao aposentado que contribuir por período inferior ao item 17.3.3, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

17.3.4 - A manutenção assegurada se estende aos beneficiários dependentes.

COBERTURAS

17.4 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

17.4.1 - A CONTRATADA assegura aos beneficiários a realização de consultas e procedimentos complementares de diagnóstico e terapia, em regime ambulatorial, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, quando solicitados por médico cooperado e de acordo com as carências a seguir:

- a) 24 (horas) para atendimento de emergência, desde que implique em risco de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, devidamente comprovado em declaração do médico assistente; e urgência, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- b) 30 (trinta) dias: consultas e exames complementares simples;
- c) 90 (noventa) dias: demais procedimentos ambulatoriais e/ou exames especializados de diagnose e terapia;
- d) 180 (cento e oitenta) dias: procedimentos cardiológicos de alto custo.

Parágrafo Único: Para os usuários atualmente inscritos haverá isenção de carência.

17.4.2 - Está coberto por este contrato o atendimento nos casos de psicoterapia de crise, prestado por profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativos.

17.5 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

17.5.1 - Durante a internação, a CONTRATADA garante aos beneficiários, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- a) diárias de internação hospitalar, em enfermaria de 2 a 4 leitos (padrão quarto coletivo) ou em quarto com acompanhante para os usuários do plano apartamento, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente.
- b) cobertura de internações em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinado pelo médico cooperado assistente;
- c) exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
- d) assistência médica através de médicos cooperados;
- e) medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico cooperado assistente;
- f) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- g) serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- h) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- j) alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar;
- k) despesas com remoção do beneficiário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, para outro estabelecimento hospitalar, de acordo com a área geográfica de abrangência do plano.



4
Conde

17.5.2 - A cirurgia plástica reparadora 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 para o beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.

17.5.3 - As carências previstas são:

- a) **24 (horas) para atendimento de emergência, desde que implique em risco de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, devidamente comprovado em declaração do médico assistente; e urgência, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;**
- b) **180 (cento e oitenta) dias para internação eletiva, clínica e cirúrgica;**
- c) **180 (cento e oitenta) dias para procedimentos cardiológicos de alto custo.**

Parágrafo Primeiro: Os beneficiários em carência terão cobertura limitada até as primeiras doze horas do atendimento, nos casos de urgência e emergência. Quando necessária a continuidade do atendimento a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo: Para os usuários atualmente inscritos haverá isenção de carência.

17.5.4 - Nos casos de transtornos psiquiátricos o presente contrato cobre:

17.5.4.1 - O custeio integral de 30 dias de internação por ano de contrato não cumulativos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o beneficiário em situação de crise;

17.5.4.2 - O custeio integral de 15 dias de internação por ano de contrato não cumulativos em hospital geral, sendo beneficiário portador de quadros de intoxicação ou abstinência por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Parágrafo Único: Caso o período estipulado nos itens 17.5.4.1 e 17.5.4.2 sejam ultrapassados, fica a CONTRATANTE sujeita, a partir de então, a co-participação de 50% do custo dos dias de internação ultrapassados.

17.5.5 - O beneficiário terá cobertura para transplante de rim e córnea, próteses e órteses e seus acessórios quando ligados ao ato cirúrgico, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Parágrafo Único: 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, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

17.5.6 - Procedimento para Internação Hospitalar:

17.5.6.1 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do beneficiário.

17.5.6.2 - Nos casos de urgência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

17.5.6.3 - Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o Documento Individual de Identificação emitido pela UNIMED, em pleno vigor.

17.5.6.4 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.



5
Cande

17.5.6.5 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responde deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

17.5.6.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente, despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos, produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não sejam vinculadas diretamente a cobertura.

17.5.6.7 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

17.5.6.8 - Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

17.5.6.9 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

17.5.7 - O beneficiário terá cobertura para cirurgia buco-maxilo-facial decorrentes de acidentes pessoais.

17.6 - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

17.6.1 - A CONTRATADA assegura, à beneficiária a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com a gravidez e parto, quando solicitados por médico cooperado e realizados exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados observadas as condições a seguir.

17.6.2 - As carências previstas para a cobertura deste módulo são as seguintes:

- a) 24 (horas) para atendimento de emergência, desde que implique em risco de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, devidamente comprovado em declaração do médico assistente; e urgência, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- b) parto: 300 dias.

Parágrafo Único: Para os usuários atualmente inscritos haverá isenção de carência.

17.6.3 - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observados os termos do item 17.3.1.

17.7 - PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS (EXCLUSÕES)

9.1 - Estão excluídas deste contrato as coberturas referentes a:

- a) acidentes de trabalho (exceto o primeiro atendimento) e suas conseqüências, bem como doenças profissionais, admissionais, demissionais e periódicos, exames para ginástica e piscina;
- b) aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- c) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;
- d) atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- e) cirurgias plásticas, exceto a reparadora, nos termos da cláusula décima sétima, item 17.5.2;



6
Conde

- f) consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- g) despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições da cobertura CONTRATADA;
- h) implantes e transplantes, exceto de rins e córneas;
- i) inseminação artificial;
- j) laqueaduras de trompas, exceto em razão de risco de vida justificadas pelo médico assistente;
- k) medicamentos e materiais cirúrgicos, exceto em internações e atendimento em pronto-socorro;
- l) medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- m) necrópsia;
- n) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência CONTRATADA;
- o) procedimentos odontológicos;
- p) tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento, emagrecimento e/ou ganho de peso; tratamento e/ou cirurgias para alterações somáticas e outros com finalidade estética ou cosmética, ficando claro que a mamoplastia está excluída, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- q) tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 170 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;
- r) tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por irradiações e/ou emanações nucleares ou ionizantes;
- s) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- t) tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos inclusive os relativos a impotência sexual;
- u) tratamento em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, desajustes sociais e clínicas de idosos;
- v) vacinas; medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam iguais ou inferiores aos nacionais.

17.8 - CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

17.8.1 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

17.8.2 - O reembolso de que trata o item anterior será pelas tabelas pagas aos cooperados e serviços credenciados, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

17.8.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

17.8.4 - A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento, exceto nos casos de rescisão contratual.



17.9 - PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

17.9.1 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, os valores estipulados abaixo:

17.9.1.1 - PLANO COM ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA

São José dos Campos e Vale do Paraíba

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 104,00 (cento e quatro reais) por família;

Repassse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 34,00 (trinta e quatro reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 104,00 (cento e quatro reais) por família;

Repassse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 104,00 (cento e quatro reais) por família.

17.9.1.2 - PLANO COM ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO

São José dos Campos e Vale do Paraíba

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 38,00 (trinta e oito reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 182,00 (cento e oitenta e dois reais) por família;

Repassse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 182,00 (cento e oitenta e dois reais) por família;

Repassse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 67,00 (sessenta e sete reais) por pessoa inscrita com participação do associado/funcionário de 40% nas despesas familiares limitada a R\$ 182,00 (cento e oitenta e dois reais) por família.

17.9.1.3 - PLANO COM ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA - AGREGADOS

São José dos Campos e vale do Paraíba

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 102,00 (cento e dois reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 110,00 (cento e dez reais);

Repassse dentro do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 133,00 (cento e trinta e três reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 144,00 (cento e quarenta e quatro reais);

Repassse fora do Estado de São Paulo

A CONTRATANTE pagará o valor de R\$ 154,00 (cento e cinquenta e quatro reais) por agregado inscrito com participação do agregado em 40% de suas despesas limitada a R\$ 167,00 (cento e sessenta e sete reais).

8
  *Carde*

17.9.2 – Será cobrado o valor de R\$ 4,00 (quatro reais) por emissão de segunda via do Documento Individual de Identificação.

17.9.3 – Serão emitidas duas faturas:

- dia 16 (dezesesseis) do mês de competência com vencimento para o dia 10 (dez) do mês subsequente referente ao prêmio mensal;
- até 16 (dezesesseis) do mês subsequente com vencimento para o dia 5 (cinco) do mês seguinte referente a participação de 40% dos diretores, funcionários, pensionistas, associados e agregados.

17.9.3.1 - As faturas serão emitidas dia 16 (dezesesseis) em função do número de usuários cadastrados à data. Inclusões posteriores à referida data serão objeto de correspondente cobrança.

17.9.4 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

17.9.5 - O atraso no pagamento da fatura por período superior a 60 (sessenta) dias, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

17.9.6 - Se a CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Unimed para que não se sujeite as consequências da mora.

17.9.7 - Quando a data do vencimento da mensalidade cair em dia em que não houver expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no próximo dia útil.

17.10 – REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

17.10.1 - O valor da mensalidade será reajustado anualmente e poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

17.10.1.1 - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

17.10.2 - Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

As demais cláusulas e itens continuarão iguais aos do contrato em vigor.

O presente termo aditivo entrará em vigor em **01 de setembro de 1999**. E, por estarem justos e contratados, firmam o presente termo aditivo em duas vias de um só teor e para os mesmos fins.

São José dos Campos, 01 de setembro de 1999.


**UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**


**FRANCISCO RINALDI CORDEIRO
SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS
NA ÁREA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE DO
PARAÍBA – SINDC& T**

TESTEMUNHA

CM 064 - 01

São José dos Campos, 09 de maio de 2001.

As

"Empresas Contratantes"

Ref.: Documentos necessários para as inclusões e movimentação cadastral.

Com a finalidade de estarmos gerenciando e informando a todos os nossos clientes quais seriam os documentos (cópias) necessários para acompanhar uma correta inclusão de novos funcionários de empresas, e as movimentações dos já existentes, a presente tem a intenção de esclarecer e apontar estes documentos, a saber:

- Certidão de casamento;
- Certidão de nascimento dos filhos;
- Registro do funcionário na Empresa (Carteira Profissional, Livro de Registro, etc.);
- Declaração de saúde completa (fornecida pela Unimed) independente do número de vidas;
- Companheira: comprovante junto ao INSS de declaração de dependência (válido somente o carimbo do órgão na Carteira Profissional do companheiro), ou quando tiverem filhos em comum, a certidão de nascimento do mesmo reconhecido;
- Documento do menor sobre guarda por tempo indeterminado;
- Documento definitivo da adoção de filhos;
- Documento junto ao INSS quando filhos inválidos maiores de 21 anos;
- Documento de comprovação de estudante universitário, quando maior de 21 anos (conforme acordo contratual).

OBS.: Informamos que a apresentação dos documentos acima estão vinculados com os termos contratuais acordados previamente com cada empresa.

Certos da compreensão aos assuntos apontados acima, estamos a inteira disposição para as dúvidas futuras que se acharem necessárias.

Atenciosamente,


Sanmya Feitosa Tajra
Ger. Operacional

• comprovante de renda inferior
a 3 salários mínimos para
inclusão de pai/mãe como
dependente //



TERMO ADITIVO

Termo aditivo ao Contrato 010/98, para prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, em pré-pagamento, firmado entre o **Sindicato dos Servidores Públicos Federais na Área de Ciência e Tecnologia no Vale do Paraíba – SINDCT** e a **Unimed José dos Campos – Cooperativa de Trabalho Médico**, que mutuamente aceitam e outorgam, incluir e alterar os seguintes itens:

INCLUIR:

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES

Item 11.4 – A taxa administrativa sobre todos os serviços será de 10%.

ALTERAR:

CLÁUSULA NONA – DAS CARÊNCIAS


Item 9.2 – As opções de mudança de acomodação ocorrerão anualmente em **SETEMBRO**.

As demais cláusulas e itens continuarão iguais aos do contrato em vigor.

O presente termo aditivo entrará em vigor em **01 de setembro de 2001**. E, por estarem justos e contratados, firmam o presente termo aditivo em duas vias de um só teor e para os mesmos fins.

São José dos Campos, 01 de setembro de 2001.


UNIMED DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


SINDICATO DOS SERVIDORES
PÚBLICOS FEDERAIS NA ÁREA DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO VALE
DO PARAÍBA – SINDCT
Francisco Rímoli Conde


TESTEMUNHA

R.G.: 10922847


TESTEMUNHA

R.G.: 23.042.538-0

TERMO ADITIVO CONTRATUAL

Por este instrumento particular, tendo como

CONTRATADA: UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, classificada na ANS como cooperativa de saúde e registrada sob o n.º 33.187-2, inscrita no CNPJ (MF): 60.214.517/0001-05, com sede na Avenida Dr. Nelson D'Ávila, n.º 1365 – Jardim São Dimas, em São José dos Campos/SP – CEP.: 12.245-030, representada na forma de seu estatuto social.

**CONTRATANTE: SINDICATO SERV PUB FED CIENCIA TEC V PARAIBA NO EST SP
“SINDCT”
R SANTA CLARA, Nº 432 VILA ADYANNA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP CEP: 12.243-630
CNPJ: 60.127.602/0001-36**

Pelo presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO DE PLANO DE SAÚDE**, as partes acima identificadas, devidamente representadas na forma de seus atos constitutivos, resolvem aditar o (s) contrato (s) de planos de saúde n.º 10/98 celebrado (s) entre as partes na data 23/06/1998, a fim de adequá-lo às regras estabelecidas pela Resolução Normativa n.º 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas:

1) CONDIÇÕES DE ADMISSÃO:

1.1) As partes resolvem alterar o critério de elegibilidade dos beneficiários que poderão participar do plano coletivo por adesão, visando à adequação às regras estabelecidas pela Resolução Normativa n.º 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

1.2) Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, para todos os efeitos deste contrato, as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; e as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395/85 e 7398/85.

1.3) Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular, para todos os efeitos deste contrato:

- a) O (a) cônjuge;
- b) Os (as) filhos (as) solteiros até completarem 21 anos;
- c) Os (as) filhos (as) solteiros comprovadamente inválidos (as);
- d) Os (as) filhos (as) solteiros até completarem 24 anos desde que estudantes com comprovação;

- e) Menor sob guarda com termo de guarda por tempo indeterminado na inscrição do titular, até 21 anos com comprovação;
- f) Tutelado com comprovação;
- g) Pai e mãe, desde que sem economia própria com comprovação.

1.4) A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes estão condicionadas a participação do beneficiário titular no plano.

2) DAS CARÊNCIAS:

2.1) As partes resolvem alterar as regras de carências prevista no contrato de plano de saúde original, de modo a adequá-las às regras estabelecidas pela Resolução Normativa nº 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

2.2) Nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carência, que serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário no plano:

Procedimentos	Carências
Urgências e Emergências.	24 (vinte e quatro) horas
Consultas.	30 (trinta) dias
Exames Simples.	30 (trinta) dias
Exames de Alta Complexidade.	180 (cento e oitenta) dias
Terapias (fisioterapia, nutrição, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional).	180 (cento e oitenta) dias
Demais Procedimentos Ambulatoriais.	180 (cento e oitenta) dias
Internações Clínicas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Cirúrgicas	180 (cento e oitenta) dias
Demais Procedimentos Hospitalares	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

2.3) Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências para aqueles beneficiários que forem incluídos neste plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias da assinatura do contrato coletivo.

§1º - A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo definido no caput deste artigo; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

3) DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

3.1) As partes acordam que a partir da data de assinatura do presente aditivo todos os beneficiários, titulares ou dependentes, que vierem a ser incluídos no presente plano de saúde, deverão preencher a declaração de saúde e, na hipótese de identificação de doença ou lesão preexistente, estarão sujeitos ao cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária ou agravo.

4) DO REAJUSTE:

4.1) As partes estabelecem que:

I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvada a revisão do preço linear que poderá ocorrer a qualquer momento por variação de perfil etário.

II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes contratualmente;

III - Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do contrato ora aditivado.

5) DAS CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS:

5.1) As partes convencionam que somente a pessoa jurídica contratante poderá solicitar a exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, onde a operadora poderá realizá-la a seu livre critério:

I. Fraude; ou

II. Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência.

6) DA RESCISÃO:

6.1) Será considerado rescindido o presente contrato se houver atraso no pagamento da fatura mensal por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

6.2) Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis rescindi-se também este contrato, mediante notificação escrita, nas seguintes situações:

a) Após o término do prazo mínimo de vigência, imotivadamente, por qualquer das partes, desde que ocorra comunicação formal e prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência;

b) Fraude comprovada, declaração de informações falsas, incompletas ou omissão destas, realizadas pela CONTRATANTE, que influenciem na celebração do contrato;

§ 1º - A falta da notificação prevista neste artigo implica na subsistência das obrigações assumidas.

§ 2º - Durante o período de 60 (sessenta) dias compreendido entre a notificação de rescisão e a efetiva rescisão do presente contrato as partes ficam impedidas de realizarem qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários.

6.3) Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultada a qualquer das partes denunciarem o presente contrato de forma imotivada, mediante notificação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor de cada mensalidade que seria devida até o término do período mínimo de vigência.

§ Único - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

6.4) A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessará na data da rescisão formal do mesmo, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

7) DO PAGAMENTO:

7.1) As partes resolvem determinar que a responsabilidade pelo pagamento dos valores de remuneração pelo plano de saúde será da pessoa jurídica contratante.

7.2) A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, via fatura mensal, a importância estipulada em contrato, que foi obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas de cada um dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos no plano, acrescidos dos valores correspondentes à taxa de inscrição.

7.3) As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes no termo de adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprover.

§ Único - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

7.4) Serão acrescidos às faturas eventuais valores de co-participação, devidamente discriminados e de acordo com os procedimentos realizados pelos beneficiários titulares e dependentes.

§ Único - A co-participação deverá ser paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento.

7.5) Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às conseqüências de juros de mora e multa.

7.6) As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE a CONTRATADA de acordo com o calendário estabelecido entre as partes, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de BENEFICIÁRIOS, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.


7.7) Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

7.8) Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no plano de saúde e aqueles a este já vinculados, a partir da data de assinatura do presente aditivo.

As demais cláusulas e condições não modificadas continuam em pleno vigor.

Assim, por estarem justos e acertados, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que também assinam.

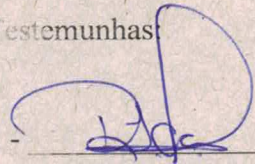
São José dos Campos, 01 de junho de 2010.


SINDICATO SERV PUB FED CIENCIA TEC V PARAIBA NO EST SP
“SINDICT”
CONTRATANTE

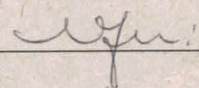

UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CONTRATADA

Testemunhas:

1 -


nome: Rosineia F. Carvalho
RG n° 18.728.072-1

2 -


nome:
RG n°

Narahiana Velloso F.
RG: 44.338.857-2

TERMO ADITIVO CONTRATUAL

Por este instrumento particular, tendo como

CONTRATADA: UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, classificada na ANS como cooperativa de saúde e registrada sob o n.º 33.187-2, inscrita no CNPJ (MF): 60.214.517/0001-05, com sede na Avenida Dr. Nelson D'Ávila, n.º 1365 – Jardim São Dimas, em São José dos Campos/SP – CEP.: 12.245-030, representada na forma de seu estatuto social.

CONTRATANTE: SINDICATO SERV PUB FED CIENCIA TEC V PARAIBA NO EST SP
“SINDCT”
R SANTA CLARA, Nº 432 VILA ADYANNA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP CEP: 12.243-630
CNPJ: 60.127.602/0001-36

Pelo presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO DE PLANO DE SAÚDE**, as partes acima identificadas, devidamente representadas na forma de seus atos constitutivos, resolvem aditar o (s) contrato (s) de planos de saúde n.º 626/2008 celebrado (s) entre as partes na data 01/10/2008, a fim de adequá-lo às regras estabelecidas pela Resolução Normativa n.º 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas:

1) CONDIÇÕES DE ADMISSÃO:

1.1) As partes resolvem alterar o critério de elegibilidade dos beneficiários que poderão participar do plano coletivo por adesão, visando à adequação às regras estabelecidas pela Resolução Normativa n.º 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

1.2) Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, para todos os efeitos deste contrato, as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; e as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395/85 e 7398/85.

1.3) Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular, para todos os efeitos deste contrato:

- a) O (a) cônjuge;
- b) Os (as) filhos (as) solteiros (as) maiores;
- c) O enteado e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;

- d) O (a) companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) Os (as) filhos (as) comprovadamente inválidos (as).
- f) Pai, mãe, sogro e sogra.

1.4) A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes estão condicionadas a participação do beneficiário titular no plano.

2) DAS CARÊNCIAS:

2.1) As partes resolvem alterar as regras de carências prevista no contrato de plano de saúde original, de modo a adequá-las às regras estabelecidas pela Resolução Normativa nº 195/2009 e alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

2.2) Nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carência, que serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário no plano:

Procedimentos	Carências
Urgências e Emergências.	24 (vinte e quatro) horas
Consultas.	30 (trinta) dias
Exames Simples.	30 (trinta) dias
Exames de Alta Complexidade.	180 (cento e oitenta) dias
Terapias (fisioterapia, nutrição, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional):	180 (cento e oitenta) dias
Demais Procedimentos Ambulatoriais.	180 (cento e oitenta) dias
Internações Clínicas	180 (cento e oitenta) dias
Internações Cirúrgicas	180 (cento e oitenta) dias
Demais Procedimentos Hospitalares	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

2.3) Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências para aqueles beneficiários que forem incluídos neste plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias da assinatura do contrato coletivo.

§1º - A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo definido no caput deste artigo; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

3) DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

3.1) As partes acordam que a partir da data de assinatura do presente aditivo todos os beneficiários, titulares ou dependentes, que vierem a ser incluídos no presente plano de saúde, deverão preencher a declaração de saúde e, na hipótese de identificação de doença ou lesão preexistente, estarão sujeitos ao cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária ou agravo.

4) DO REAJUSTE:

4.1) As partes estabelecem que:

I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes contratualmente;

III - Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do contrato ora aditivado.

5) DAS CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS:

5.1) As partes convencionam que somente a pessoa jurídica contratante poderá solicitar a exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, onde a operadora poderá realizá-la a seu livre critério:

I. Fraude; ou

II. Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência.

6) DA RESCISÃO:

6.1) Será considerado rescindido o presente contrato se houver atraso no pagamento da fatura mensal por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

6.2) Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis rescindi-se também este contrato, mediante notificação escrita, nas seguintes situações:

a) Após o término do prazo mínimo de vigência, imotivadamente, por qualquer das partes, desde que ocorra comunicação formal e prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência;

b) Fraude comprovada, declaração de informações falsas, incompletas ou omissão destas, realizadas pela CONTRATANTE, que influenciem na celebração do contrato;

§ 1º - A falta da notificação prevista neste artigo implica na subsistência das obrigações assumidas.

§ 2º - Durante o período de 60 (sessenta) dias compreendido entre a notificação de rescisão e a efetiva rescisão do presente contrato as partes ficam impedidas de realizarem qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários.

6.3) Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultada a qualquer das partes denunciarem o presente contrato de forma imotivada, mediante notificação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor de cada mensalidade que seria devida até o término do período mínimo de vigência.

§ Único - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

6.4) A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessará na data da rescisão formal do mesmo, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

7) DO PAGAMENTO:

7.1) As partes resolvem determinar que a responsabilidade pelo pagamento dos valores de remuneração pelo plano de saúde será da pessoa jurídica contratante.

7.2) A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, via fatura mensal, a importância estipulada em contrato, que foi obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas de cada um dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos no plano, acrescidos dos valores correspondentes à taxa de inscrição.

7.3) Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) estiver enquadrado.

7.4) As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes no termo de adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§ Único - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

7.5) Serão acrescidos às faturas eventuais valores de co-participação, devidamente discriminados e de acordo com os procedimentos realizados pelos beneficiários titulares e dependentes.

§ Único - A co-participação deverá ser paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento.

7.6) Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às conseqüências de juros de mora e multa.

7.7) As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE a CONTRATADA de acordo com o calendário estabelecido entre as partes, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de BENEFICIÁRIOS, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

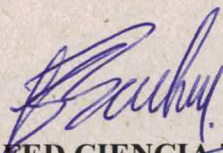
7.8) Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

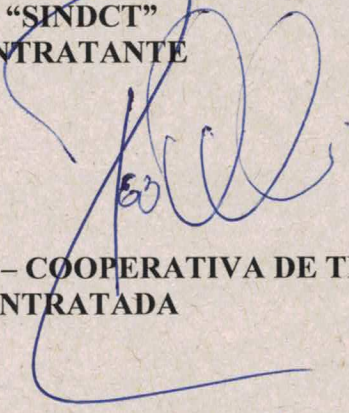
7.9) Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no plano de saúde e aqueles a este já vinculados, a partir da data de assinatura do presente aditivo.

As demais cláusulas e condições não modificadas continuam em pleno vigor.

E assim, por estarem justos e acertados, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que também assinam.

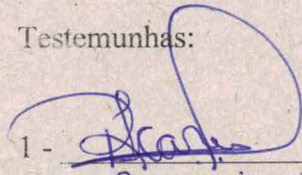
São José dos Campos, 01 de novembro de 2010.


SINDICATO SERV PUB FED CIENCIA TEC V PARAIBA NO EST SP
"SINDCT"
CONTRATANTE

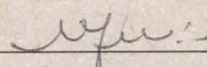

UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CONTRATADA

Testemunhas:

1 -


nome: Rozineia Fatima Carvallo
RG n° 18.728.072-1

2


nome: Naraiana Velloso Ferri
RG n° 44.338.857-X

**TERMO ADITIVO DE COMPROMISSO DE COMUNICAÇÃO
PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

CONTRATANTE: SINDICATO SERV. PUB. FED. CIENCIA TEC. VALE DO
PARAIBA NO ESTADO DE SÃO PAULO
"SINDCT"
R SANTA CLARA, 432
VILA ADYANA – SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP
CEP: 12.243-630
CNPJ: 60.127.602/0001-36

CONTRATADA: UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CNPJ: 60.214.517/0001-05
AV. DR. NELSON D'AVILA, N.º 1365,
JD. SÃO DIMAS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP
CEP: 12245-030

- Considerando **Resolução Normativa nº 252 da ANS** – Agencia Nacional de Saúde Suplementar, que dispõe a dispensa para beneficiários de plano de contratação coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998 de cumprir novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão;
- Considerando a necessidade da operadora de plano de assistência à saúde de proceder com as informações ao beneficiário;
- Considerado por fim, que a CONTRATANTE detém todas as condições para processar as informações, no medida que processa a cobrança de todos os seus associados e beneficiários da CONTRATADA;
- Assim, as partes acima descritas resolvem firmar o presente **Termo Aditivo de Compromisso de Comunicação para Portabilidade de Carências**, a fim de que sejam cumpridas as normas estipuladas pela referida Resolução, da seguinte forma:

1º. A CONTRATANTE declara estar ciente das normas legais que regulamentam a portabilidade de carência para os contratos Coletivos por

Adesão e se obriga a transmiti-las detalhadamente aos seus associados, considerando que processa a cobrança dos beneficiários.

2º. A CONTRATANTE também se obriga a comunicar seus associados e beneficiários da UNIMED SJC no mês anterior ao aniversário do contrato, que estes terão direito à optar pela portabilidade no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente (quase 04 meses), informando a data inicial e final, conforme requisitos exigidos pela normativa.

3º. Os beneficiários que deverão ser comunicados são aqueles que cumpriram o prazo para portabilidade, são eles:

- a) Dois anos de permanência no contrato; ou
- b) Três anos de permanência do contrato, se no ato da inclusão do plano teve que cumprir CPT; ou
- c) Um ano, no caso de já ter vindo portado de outra Operadora.

4º. A CONTRATANTE se compromete a enviar a referida informação disposta no corpo do boleto de cobrança encaminhado no mês anterior ao aniversário do contrato.

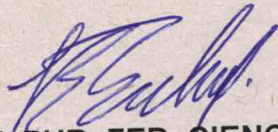
5ª. A CONTRATADA indica o seguinte texto informativo:

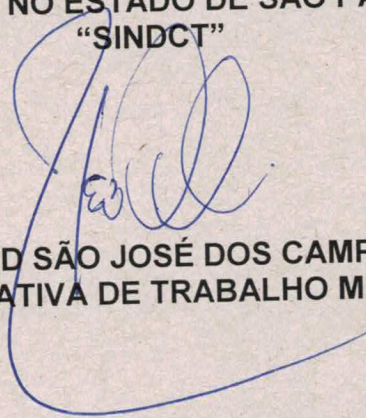
“Informamos que a partir do próximo mês iniciará o seu período para a opção pela Portabilidade de Carências, conforme RN 186/09 e 252/11 da ANS. Desta forma, a opção poderá ser feita pelos beneficiários inscritos no plano entre _____ e _____, desde que cumpridos os demais requisitos normativos.”

6ª. A CONTRATADA por sua vez se obriga a proceder com as informações pertinentes aos Beneficiários que possuem condições de portabilidade, de maneira que a CONTRATANTE possa cumprir com a informação de portabilidade.

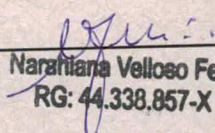
7º. Por fim, as partes se comprometem expressamente a cumprir as condições e condutas acima referidas para que os associados da CONTRATANTES e beneficiários da CONTRATADA tenham absoluta ciência da resolução que garante o direito à portabilidade de carência, respondendo cada qual com por suas omissões.

São José dos Campos, 01 de Agosto de 2011.


SINDICATO SERV. PUB. FED. CIENCIA TEC. VALE DO
PARAIBA NO ESTADO DE SÃO PAULO
"SINDCT"


UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

TESTEMUNHA


Nome: Naraiana Velloso Ferri
R.G.: RG: 44.338.857-X

TESTEMUNHA

Nome:
R.G.: