

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES  
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
PRÉ-PAGAMENTO COLETIVO POR ADESÃO**

**MEDCENTRO- ADESÃO - MAIS DE 50 VIDAS**

**REGISTRO ANS: 34.736-1**

DAS PARTES:

**CONTRATADA: UNIMED CONFEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO-OESTE E TOCANTINS**, pessoa jurídica de direito privado, Cooperativa de Trabalho Médico, constituída conforme a Lei n. 5.764/71, inscrita no CNPJ sob o Nº 01.409.581/0001-82, com sede no SCS QD 05 Bloco C Loja 19, Galeria Nova Ouvidor 61, Brasília-DF, representada neste ato por seu Diretor Presidente **Dr. Paulo Roberto de Almeida Insfran**, brasileiro, médico, casado, CRM-MS n. 1159, CI 329.695 SSP/MT CPF: 104.963.861-15, residente a rua Pedro Martins,186, Carandá do Bosque, Campo-Grande -MS- CEP.: 79.032-340 e pelo seu Diretor Financeiro, **Dr. Luiz Alberto Cruvinel Guimarães**, brasileiro, médico, casado, CRM-GO -3570, CI: 634.844 SSP/DF, CPF.: 167.265.021-68, residente a Rua Major Oscar Campos, n. 555, Ed. Tartuce, Apto. 202, Centro, Rio Verde-GO - CEP 75.901-520.

**CONTRATANTE: SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO DISTRITO FEDERAL-SINDIPOL/DF** - inscrito no CNPJ. sob o n.º **33.486.317/0001-39**, **SCES Trecho 2 Lotes 2/51** - Brasília-DF, neste ato representado pelo Presidente **LUIS CLÁUDIO DA COSTA AVELAR**, brasileiro, portador do RG nº 598.500 - SSP/DF e de CPF Nº 334.193.881-87, residente e domiciliado em Brasília/DF.

As partes acima identificadas resolvem celebrar o presente Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes e na forma da legislação civil vigente:

**I - DO OBJETO DO CONTRATO**

A **CONTRATADA**, na condição de Confederação de Cooperativas Médicas, caracterizada como instrumento para viabilização do trabalho dos profissionais cooperados de suas cooperativas médicas associadas, nos termos dos preceitos do art. 9º, da Lei nº 5.764/71, neste ato, prestando serviço única e exclusivamente às suas filiadas, qualificada como operadora de planos de assistência à saúde, de acordo com o inciso II, do art. 1º, da Lei n. 9.656/98, viabilizará a prestação de serviços dos médicos cooperados aos empregados, associados, sindicalizados, filiados e ou diretores da **CONTRATANTE** e aos seus respectivos Dependentes, em sua Rede Credenciada sob o regime de mensalidade pré-fixada, de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica e obstétrica, em nome das cooperativas integrantes do Sistema Nacional Unimed e através de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou por ela referenciados, contratados ou vinculados de qualquer forma, nas internações hospitalares e de terapia intensiva, obrigando-se pelos serviços compreendidos nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas.

**II - DA NATUREZA DO CONTRATO**

Trata-se o presente de contrato de adesão bilateral, firmado entre as partes acima qualificadas, cujos direitos e obrigações aplicam-se para ambas na forma da legislação vigente.

**III - DO REGISTRO DO PLANO NA ANS**

O produto contratado através do presente instrumento está Registrado na ANS sob Nº **34736-1**.

**ANS: nº 34.736-1**



1

End.: SCS Quadra 05 - Bloco C - Loja 19  
Brasília-DF - CEP: 70305-000  
Tel.: (61) 3319-2222 - Fax: (61) 3322-7758  
www.unimedcentro.com.br  
E-mail: inter@unimedcentro.com.br

#### IV – DAS CARACTERÍSTICAS DO PLANO

A prestação de assistência à saúde contratada através do presente instrumento compreende a contratação Coletiva Empresarial, com cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria, com amplitude territorial em todo o Território Nacional, com acomodação em Apartamento.

#### V – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS USUÁRIOS (INCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE PLANO)

5. Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, os beneficiários titulares, assim como os seus respectivos dependentes, serão denominados Usuários, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

5.1. São considerados Usuários Titulares os associados, empregados e/ou diretores da **CONTRATANTE** que expressamente sejam cadastrados no Contrato.

5.2. São considerados Usuários Dependentes:

5.2.1. Cônjuge.

5.2.2. Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos.

5.2.3. Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando cursando faculdade.

5.2.4. Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) / cônjuges inválidos (comprovação de dependência pelo INSS).

5.3. São considerados Usuários agregados:

5.3.1. Pai e Mãe;

5.3.2. Noras e genros de qualquer idade;

5.3.3. Netos de qualquer idade;

5.3.4. Sogra e sogro.

5.4 Recém - nascido que tenha sua inscrição efetivada nos primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, isento de carências e DLP, desde que o Titular tenha cumprido os 300 (trezentos) dias de carência, conforme disposto no Art. 12, III, alínea b, da Lei 9.656/98 e Art. 8º da Resolução CONSU n. 02.

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

5.5.1 Equiparam-se aos filhos naturais os filhos adotivos com menos de 21(vinte e um) anos.

5.6 A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos Usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a comprovação do vínculo com a **CONTRATANTE**.

**ANS: nº 34.736-1**



2

End.: SCS Quadra 05 - Bloco C - Loja 19  
Brasília-DF - CEP: 70305-000  
Tel.: (61) 3319-2222 - Fax: (61) 3322-7758  
www.unimedcentro.com.br  
E-mail: inter@unimedcentro.com.br

5.7 O Usuário deverá preencher uma Proposta de Adesão que deverá ser entregue a CONTRATADA para fins de contagem de carências.

5.8 Os novos Titulares e/ou Dependentes que não aderirem ao Plano de Saúde nos primeiros 60 dias de vigência deste contrato estarão isentos de todas as carências previstas neste instrumento.

5.9 As inscrições no início da vigência do contrato deverão abranger a totalidade de Usuários previstos na negociação com a **CONTRATANTE**.

5.10 Os novos Titulares e/ou Dependentes não estarão sujeitos às carências desde que sejam inscritos nos primeiros 30 (trinta) dias de sua admissão, casamento, ou nos termos do item 5.2.5 do presente instrumento. Decorridos o período de 30 (trinta) dias, os novos usuários/dependentes estarão sujeitos a todas as carências previstas neste instrumento.

5.11 A **CONTRATANTE** comunicará por escrito ou por meio magnético à **CONTRATADA**, até o dia 20 (vinte) de cada mês, as inclusões de novos Usuários, que terão atendimento a partir do mês subsequente ao da inscrição.

5.12 Os filhos de Usuários Titulares, nascidos na vigência deste Contrato, serão automaticamente considerados Usuários Dependentes, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos no Contrato, desde que, sejam inscritos como Usuários no prazo de 30 (trinta) dias, da data da adoção.

5.13 Caso a inscrição seja requerida após o prazo ajustado no item 5.4 vigorarão os prazos de carências estabelecidos constantes no presente instrumento.

## VI – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

### 6.1 Atendimento Ambulatorial:

6.1.1 Consultas médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, todas as doenças relacionadas do CID-10 e no Rol de Procedimento da ANS vigente, realizadas exclusivamente por médicos cooperados vinculados a uma Unimed, ou médicos credenciados à mesma.

6.1.2. Nas consultas de rotina, o Usuário será atendido pelo médico cooperado/credenciado, no horário normal de consulta, competindo ao Usuário exercer a livre escolha entre os cooperados/credenciados da **CONTRATADA**.

6.1.3. Os Usuários terão direito à serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

6.1.4. Os beneficiários terão direito ao custeio integral de **12 (doze) sessões de psicoterapia por ano, não cumulativas**, quando indicadas e iniciadas imediatamente após o atendimento das situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes. A Psicoterapia de Crise exige autorização prévia da UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS

### 6.2 Internação Hospitalar.

6.2.1 As internações hospitalares, bem como as internações em Centro de Terapia Intensiva, ou similar serão realizadas após autorização da **CONTRATADA**, mediante solicitação do médico cooperado/credenciado, por intermédio de uma "guia de internação hospitalar" não havendo limitação de

ANS: nº 34.736-1



prazo. Para efeito de internação hospitalar, são previstos a Acomodação em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante.

6.2.2 O tipo de acomodação hospitalar será definido pelo tipo de plano de saúde em que o usuário estiver inscrito, devendo a Unimed, na falta de vaga de leito em acomodação inferior, autorizar a internação em leito de acomodação superior sem ônus adicionais.

6.2.3 As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, assim significados por ato do Ministério da Saúde, desde que solicitada, indicada ou realizada por médico cooperado vinculado a uma Unimed ou por médico assistente da rede credenciada.

6.2.4 A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, serviços hospitalares, materiais e medicamentos usados na internação, prescritos pelos médicos assistentes; exceto o disposto na cláusula 7. A relação desta cláusula é taxativa, responsabilizando-se a CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

6.2.5 É de responsabilidade da CONTRATADA a prestação dos serviços de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução do tratamento e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

6.2.6 Os usuários terão direito, também, a remoção terrestre inter-hospitalar, em casos de urgência e emergência, quando a sua necessidade for atestada por médico assistente cooperado/ credenciado, compreendendo a remoção dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, porém mediante obrigatória autorização da Unimed, que também definirá o hospital destino do usuário.

6.2.7 Tratando-se de Usuário menor de dezoito (18) anos e maior de Sessenta anos (60), a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital.

6.2.8 Os Usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, próteses, órteses e seus acessórios exclusivamente de fabricação nacional, quando ligados ao ato cirúrgico. No caso de transplantes, a cobertura se estende às despesas de assistência médica com os doadores vivos, às despesas de coleta e remoção de órgãos bem como toda a medicação utilizada durante a internação.

6.2.8.1. Os procedimentos desses transplantes serão realizados observando-se a legislação específica vigente, em especial a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997; o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997; a Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, que não for conflitante com o regime de contratação e a prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/1998.

6.2.8.2. O USUÁRIO candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

6.2.8.4. É competência privativa da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, o que lhe for atribuída pela legislação em vigor, incluindo:

6.2.8.5. Determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o USUÁRIO receptor.

ANS: nº 34.736-1



6.3. A prestação de serviços de cirurgia plástica se restringirá à restauração de funções de órgãos e regiões, decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato e à reconstrução de mama exclusivamente para os casos de tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme determina a Lei nº 10.223/2001.

6.4. A cirurgia buco-maxilo-facial em traumatologia somente terá cobertura contratual quando em decorrência de acidente pessoal ou profissional, ocorrido na vigência deste contrato, excluindo-se as ocorrências odontológicas.

#### 6.5. Urgência e Emergência

6.5.1. O atendimento de urgência e emergência reger-se à pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, sendo responsabilidade do Usuário a despesa referente a procedimento sem cobertura contratual.

6.5.2. São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Usuário, caracterizados por declaração do médico assistente. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou profissional ou de complicações no processo gestacional.

6.5.3. Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

6.5.4. Será prestado por serviço de pronto-socorro pertencente à rede credenciada.

6.5.4.1. Nos casos de urgência e emergência, os Usuários poderão obter atendimento diretamente juntos aos serviços contratados pela Unimed, na modalidade prevista neste contrato, devendo, para tanto, identificarem-se como usuários, apresentar a Carteira de Identificação e documento oficial de identificação.

6.5.3. Após o prazo de carência previsto para o atendimento de urgência ou emergência e para os procedimentos hospitalares, a cobertura inclui a internação imediata, desde a admissão do paciente até sua alta.

6.5.4. O atendimento de emergência realizado no decorrer de período de carência para os procedimentos hospitalares, será limitado às primeiras 12 (doze) horas em pronto-socorro, correndo a partir daí por conta única e exclusiva do Usuário.

6.5.5. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal ou profissional, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

6.5.6. O filho recém nascido, natural ou adotivo do Usuário Titular ou de seu dependente, terá direito a cobertura assistencial prevista neste instrumento, nos primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou a adoção, respeitadas as carências do Usuário Titular.

6.5.7. O Usuário deverá solicitar a "Guia de Internação Hospitalar" à UNIMED, no primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização.

6.5.8. Quando o Usuário estiver cumprindo carência e for necessária, para a continuidade do atendimento, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Usuário, não cabendo ônus à UNIMED.

6.5.9. A UNIMED é responsável pelo ônus da remoção, após realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para

ANS: nº 34.736-1



End.: SCS Quadra 05 - Bloco C - Loja 19  
Brasília-DF - CEP: 70305-000  
Tel.: (61) 3319-2222 - Fax: (61) 3322-7758  
www.unimedcentro.com.br  
E-mail: inter@unimedcentro.com.br

continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários em cumprimento de carência.

6.5.10. A remoção será realizada para a unidade mais próxima que disponha dos recursos necessários à continuidade do atendimento e que pertença à rede credenciada, nos casos normais, ou ao SUS, no caso de restrição de atendimento durante período de cumprimento de carência.

6.5.11. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6.5.12. Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários que garantam a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Usuário quando efetuado o registro na unidade da rede credenciada ou do SUS.

6.5.13. Quando a remoção para unidade do SUS não puder ser efetuada em decorrência do risco de vida, será responsabilidade do Usuário a despesa decorrente da continuidade da assistência.

6.5.14. No caso de risco de vida e quando ficar caracterizada a impossibilidade de o USUÁRIO procurar um médico ou um serviço credenciado da UNIMED, a despesa decorrente do atendimento será reembolsada até o limite dos valores expressos na Tabela utilizada pela UNIMED, observada a cobertura contratual.

6.5.15. Tendo em vista a peculiaridade da atividade dos servidores da Polícia Federal, não haverá restrição de atendimento nos casos de acidente de trabalho ou serviço.

6.5.16. Nos casos de transtornos psiquiátricos são considerados emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Usuário ou para terceiros (incluindo ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

6.6. No caso de **transtornos psiquiátricos**, os procedimentos incluídos na cobertura são:

6.6.1. Relativamente à cobertura transtornos psiquiátricos e portadores de quadros intoxicação ou de abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química serão custeadas pela UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS da seguinte forma:

a) internação em hospital psiquiátrico ou em unidade/enfermaria psiquiátrica de hospital geral de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, até o limite de **30 (trinta) dias por ano**, não-cumulativos;

b) além da cobertura especificada na alínea anterior, beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise poderão dispor de **8 (oito) semanas anuais de tratamento** em regime de hospital-dia;

c) internação em hospital geral de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, até o **limite de 15 (quinze) dias por ano, não-cumulativos**.

6.6.1.2. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID- Versão 10, estende-se a cobertura de que trata a alínea "b" da subcláusula 6.6.1 anterior, para **180 (cento e oitenta) dias por ano**.

6.6.1.3. O custeio das internações previstas na subcláusula 6.6.1, após os prazos previstos, far-se-á mediante a co-participação da CONTRATANTE na razão de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas ocorridas.

ANS: nº 34.736-1



6.6.1.4. O valor da co-participação será cobrado da CONTRATANTE, na mensalidade imediatamente possível e posterior à data em que a UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS efetuar o pagamento ao médico cooperado/prestador credenciado.

6.7. Os Usuários terão direito aos serviços ajustados neste contrato, mesmo em casos de epidemias.

**6.8. Ficam incluídos nas coberturas os seguintes procedimentos adicionais:**

6.8.10. Fonoaudiologia adulto/infantil (limitado a 24 sessões/ ano por beneficiário, não cumulativas);

6.8.11. Reeducação Postural Global, (limitado a 20 sessões, não cumulativos);

6.8.12. Psicologia (limitado a 24 sessões/ ano por beneficiário, não cumulativas);

6.8.13. Tratamento esclerose de varizes (limitado a 24 sessões/ ano por beneficiário, não cumulativas).

**VII – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

7.1. Fica expressamente excluído da cobertura do presente contrato, qualquer procedimento, material ou serviços médico-hospitalares, que não conste no rol de procedimentos anexos à RN Nº 82, DE 29 DE SETEMBRO DE 2004, da ANS, e suas atualizações, ou não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, especialmente, os seguintes:

7.1.1. Exames admissionais, demissionais e periódicos, relativo à medicina ocupacional trabalho, ressalvado o atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente no trabalho previsto no item 6.5.15;

7.1.2. Tratamento experimental de caráter clínico ou cirúrgico;

7.1.3. Procedimento clínico ou cirúrgico para fins estéticos, bem como órtese e prótese para o mesmo fim;

7.1.4. Inseminação artificial;

7.1.5. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

7.1.6. Tratamento ilícito ou anti-ético, assim definidos sob o aspecto médico;

7.1.7. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, bem como fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

7.1.8. Consultas ambulatoriais e domiciliares;

7.1.9. Fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

7.1.10. Fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios quando importados, salvo quando da não existência de similares nacionais;

7.1.11. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;

7.1.12. Procedimento clínico, cirúrgico ou laboratorial de patologia não relacionada no CID-10 - Código Internacional de Doenças, 10ª Versão;

ANS: nº 34.736-1



- 7.1.13. Procedimentos de Terapia ocupacional e tratamento com psicólogos;
- 7.1.14. Procedimento odontológico, com exceção da cobertura para a cirurgia buco-maxilo-facial, conforme disposto no item 6.4;
- 7.1.15. Consulta, tratamento e internação realizada antes do início da cobertura contratual ou durante o cumprimento das carências previstas;
- 7.1.16. "Check-Up" e investigação diagnóstica eletiva, necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exame para piscina ou ginástica.;
- 7.1.17. Consultas ou atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 7.1.18. Implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os não previstos no Rol de Procedimentos da ANS;
- 7.1.19. Aviamento de óculos, lente e aparelhos de surdez;
- 7.1.20. Despesas com instrumentador cirúrgico e outros serviços não regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina;
- 7.1.21. Cirurgia ocular corretiva quando grau inferior a 7.0.
- 7.2. Com a prévia concordância das partes, a cobertura poderá ser ampliada por meio de aditamento contratual, bem como poderão ser executados procedimentos que não sejam objeto do presente contrato na modalidade definida como "custo operacional", mediante específico pagamento por parte do Usuário ou da CONTRATANTE.

#### VIII – DA VIGÊNCIA

8. O presente contrato terá um período de vigência de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura.

#### IX – CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

9. Após o período de 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, o mesmo será automaticamente renovado por igual período, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carência, podendo ser denunciado pelas partes mediante comunicação, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência mínima, sem que assista as partes qualquer indenização, seja a que título for.

#### X – CARÊNCIAS, MODALIDADES E TRANSFERÊNCIAS DE PLANO

10.1. A assistência prevista neste instrumento será prestada aos Usuários regularmente inscritos, imediatamente após o cumprimento das carências específicas, a saber:

10.1.1. 24 (vinte e quatro) horas - acidentes pessoais e atendimentos de urgências e emergências;

10.1.2. 30 (trinta) dias - consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, **exceto** necrópsias e os constantes no item 10.1.4, exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes oftalmológicos; exames e otorrinolaringologistas, **exceto** eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional, inaloterapia; provas funcionais respiratórias;

10.1.3. 90 (noventa) dias - cirurgias de porte anestésico 0 (zero) a nível ambulatorial; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas em regime ambulatorial, exames e

ANS: nº 34.736-1



teste alergológicos; exames radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes da letra "e"; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (holter); teste ergométrico; ultra-sonografia, à exceção dos constantes da letra "d"; perfil biofísico fetal e tococardiografia;

10.1.4. 120 (cento e vinte) dias - exames de análises clínicas pelo método pesquisa p.c.r. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos anti - htlv iii (hiv) - western - blot; ecocardiografia/ecodoppler; eletroencefalograma prolongado; videolaringostroboscopia computadorizada; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; eletroneuromio-grafia; e dopplerfluxometria; ultrassonografia morfológica e ultrassonografia com doppler;

10.1.5. 180 (cento e oitenta) dias - exames diagnósticos e cirurgias por vídeo; laparoscopia diagnóstica; cintilografia; diálise peritoneal; diálise peritoneal - capd; hemodiálise; hipertemia prostática; internações clínicas ou cirúrgicas eletivas; autópsia; medicina nuclear; mielografia; quimioterapia; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; transfusão de sangue e hemoderivados; angiografia; angioplastia; arteriografia; cineangiocoronariografia; procedimentos de hemodinâmica; neuroradiologia; radiologia intervencionista; oxigenioterapia hiperbárica;

10.1.6. 300 (trezentos) dias - parto a termo.

10.1.7. 180 (cento e oitenta) dias - quaisquer outros procedimentos não previstos na presente cláusula.

## 10.2 - DA TRANSFERÊNCIA DE PLANO

10.2.1 Poderá ocorrer a TRANSFERÊNCIA DE PLANO INFERIOR PARA PLANO SUPERIOR, desde que seja para todo agrupamento (titular e seus dependentes), estando sujeitos contudo aos prazos de carências descritos:

- a) 180 dias para Internação Clínica ou Cirúrgica e Psiquiátrica;
- b) 300 dias para Parto à termo (normal ou Cesária);

10.2.2 Os prazos de carências a serem cumpridos, são contados a partir do 1º dia do mês posterior ao da solicitação de transferência.

10.2.3 A CONTRATANTE pagará a mensalidade do novo PLANO ora ajustado do Usuário Titular e seus Dependentes, permanecendo com direito a utilizar os benefícios que já tinham adquirido no Plano anterior, até o cumprimento das carências descritas na subcláusula 10.2.1 alíneas a e b.

10.2.4 A transferência do PLANO SUPERIOR para o PLANO INFERIOR só poderá ser admitida caso não tenham utilizado o plano em eventos que tenham gerado hospitalização nos 12 meses anteriores ao pedido de transferência, contado tal prazo a partir da última alta hospitalar.

## 10.3 Para efeito deste contrato serão considerados os seguintes TIPOS DE PLANO:

Para efeito deste contrato serão considerados os seguintes tipos de plano:

10.3.1 **Plano 1 (Básico)** - Atendimento hospitalar e ambulatorial + Obstetrícia, com acomodação em enfermaria;

10.3.2 **Plano 2 (Especial)** - Atendimento hospitalar e ambulatorial + Obstetrícia, com acomodação em apartamento;

ANS: nº 34.736-1



10.3.3 **Plano 3 (Executivo)** – Atendimento hospitalar e ambulatorial + Obstetrícia, com acomodação em apartamento + Hospitais alto custo.

10.3.4 As modalidades dos Planos ora contratados diferenciam-se entre si em função da rede credenciada Básica, Especial ou Executiva e tipo de acomodação descrita com as características a saber:

| Características                        | <b>BÁSICO<br/>(Plano 1)</b>                       | <b>ESPECIAL<br/>(Plano 2)</b>                     | <b>EXECUTIVO<br/>(Plano 3)</b>   |
|--|---|---|--|
| <b>Padrão de acomodação hospitalar</b> | Enfermaria  | Apartamento                                       | Apartamento  |
| <b>Abrangência territorial</b>         | Nacional  | Nacional  | Nacional   |
| <b>Tipo de Rede Credenciada</b>        | Rede Credenciada Básica (Referencial Intercâmbio) | Rede Credenciada Básica (Referencial Intercâmbio) | Rede Credenciada Executiva (Hospitais de Alto Custo + Tabela diferenciada) |

**XI – DA REDE CREDENCIADA**

11.1. Constituem a rede credenciada relativas ao presente contrato:

11.1.1. Médico cooperado ou credenciado de qualquer Cooperativa de Trabalho Médico pertencente ao Sistema Unimed;

11.1.2. Clínicas, laboratórios e outras unidades de atendimento ambulatorial, próprios ou credenciado de qualquer Cooperativa Unimed;

11.1.3. Unidades hospitalares próprias ou credenciadas de qualquer Cooperativa Unimed;

11.2. O Usuário titular deverá solicitar um "Guia de Serviços" à Unimed da cidade de sua residência, ou à mais próxima, sendo que, no caso de haver cobrança deste guia, a UNIMED arcará com as despesas.

11.3. No "Guia de Serviços" constará:

11.3.1. Relação dos médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios;

11.3.2. Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;

11.3.3. Relação de serviços de urgência/emergência;

11.3.4. Relação dos hospitais contratados/próprios;

**ANS: nº 34.736-1**



*M.*  
  


11.4. É facultada à UNIMED, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, devendo comunicar as alterações à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei 9.656/1998.

11.4.1. É facultada à UNIMED a substituição de unidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação à CONTRATANTE e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

11.4.2. Nos casos de Usuários internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a UNIMED garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação do serviço até a alta hospitalar.

## XII – DO REEMBOLSO

12.1. A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional Unimed.

12.2. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido assistente.

12.3. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência e emergência.

12.4. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento, bem como se deixar de cumprir alguma das exigências acima previstas.

## XIII – DO ATENDIMENTO

13.1. A forma de atendimento dos Usuários definida no presente contrato é o Sistema de Rede Credenciada, ou seja, o beneficiário deverá procurar o atendimento junto aos profissionais e às unidades ambulatoriais e hospitalares de sua escolha e pertencentes à rede credenciada definida para o plano.

ANS: nº 34.736-1



13.2. A UNIMED expedirá cartão de identificação do Usuário, o qual conterá as informações sobre o tipo de plano de saúde, o tipo de acomodação, as carências, a autorização para realizar procedimentos de até 600 Chs ou outros dados necessários que facilitem o atendimento.

13.3. O atendimento será realizado mediante autorização prévia da UNIMED e somente ao Usuário regularmente inscrito, desde que esteja portando seu cartão de identificação Unimed e sua carteira de identidade (R.G.)

13.4. Os serviços especializados e internações objeto da contratação serão prestados mediante autorização prévia da UNIMED, somente aos usuários inscritos, desde que estejam portando o documento oficial de identificação.

13.5. Será dispensada a necessidade de autorização prévia para procedimentos com custo de até 600 chs observando as regras do Manual de Relacionamento e Integração Unimed.

13.6. A consulta de rotina será realizada por meio de agendamento prévio, em horário normal de expediente.

13.7. O atendimento fora do Distrito Federal, ao Usuário repassado ou em trânsito, será realizado observando-se as disposições do Manual de Relacionamento e Integração Unimed.

13.8. Fica inequivocamente ajustado que as carteiras de identificação expedidas pela Unimed em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se a CONTRATANTE a recolhê-las e devolvê-las no caso de rescisão contratual.

**XIV – PERÍCIA E APRIMORAMENTO**

14.1. À UNIMED fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes, no prazo de 30 (trinta) dias.

**XV – DO PREÇO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE DAS MENSALIDADES**

15.1. A usuários da CONTRATANTE pagarão à CONTRATADA as mensalidades de acordo com os preços previstos por faixa etária.

**TABELA PARA TITULARES E DEPENDENTES**

| ETÁRIA  | Básico     | Especial   | Executivo  |
|---------|------------|------------|------------|
| 00 a 18 | R\$ 84,13  | R\$ 94,97  | R\$ 108,38 |
| 19 a 23 | R\$ 102,94 | R\$ 108,30 | R\$ 123,60 |
| 24 a 28 | R\$ 115,42 | R\$ 140,46 | R\$ 160,30 |
| 29 a 33 | R\$ 140,58 | R\$ 162,66 | R\$ 185,63 |
| 34 a 38 | R\$ 152,86 | R\$ 179,21 | R\$ 204,52 |
| 39 a 43 | R\$ 174,43 | R\$ 194,66 | R\$ 222,16 |
| 44 a 48 | R\$ 197,99 | R\$ 232,22 | R\$ 265,02 |
| 49 a 53 | R\$ 253,53 | R\$ 308,09 | R\$ 351,60 |
| 54 a 58 | R\$ 315,77 | R\$ 401,87 | R\$ 458,63 |
| 59 >    | R\$ 478,97 | R\$ 539,08 | R\$ 615,22 |

**TABELA AGREGADOS**

**ANS: nº 34.736-1**



| ETÁRIA  | Básico    | Especial  | Executivo |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| 00 a 18 | R\$90,52  | R\$113,14 | R\$149,35 |
| 19 a 23 | R\$118,48 | R\$148,09 | R\$195,48 |
| 24 a 28 | R\$133,51 | R\$166,89 | R\$220,30 |
| 29 a 33 | R\$151,04 | R\$188,80 | R\$249,22 |
| 34 a 38 | R\$155,41 | R\$194,26 | R\$256,43 |
| 39 a 43 | R\$173,06 | R\$216,33 | R\$285,55 |
| 44 a 48 | R\$221,76 | R\$277,20 | R\$365,90 |
| 49 a 53 | R\$279,19 | R\$348,99 | R\$460,67 |
| 54 a 58 | R\$305,02 | R\$381,28 | R\$503,28 |
| 59 >    | R\$542,23 | R\$677,79 | R\$894,69 |

#### **CÁLCULO DO PREÇO MENSAL POR BENEFICIÁRIO**

15.1.1. Os preços mensais são fixados com base em cálculo atuarial, que leva em consideração: os custos da assistência assegurada conforme o plano escolhido; os benefícios colocados à disposição dos beneficiários; bem como a frequência de utilização dos mesmos, sendo estabelecidos de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

15.1.1.2 Para efeito do disposto na subcláusula anterior, as faixas etárias são as seguintes:

- a) 00 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito)anos de idade;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito)anos de idade; e
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais.

15.1.1.3. O deslocamento para a faixa etária superior de qualquer um dos beneficiários implicará no reajuste dos respectivos preços mensais, a ser aplicado automaticamente a partir do mês seguinte ao do aniversário.

15.1.1.4. Os percentuais para reajuste da mensalidade por mudança de faixa etária não incidirão sobre as coberturas opcionais que tenham sido contratadas;

#### **REAJUSTE FINANCEIRO**

**ANS: nº 34.736-1**



15.2. O reajuste financeiro tomará como base os índices do IPC - Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas ou outro índice que venha a substituí-lo, visando a manter o equilíbrio financeiro do contrato em relação ao aumento dos custos médicos e hospitalares, incluídos novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento. Observar-se-á, ainda, a eventual criação de novos tributos e contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes e que poderão alterar o valor dos preços proporcionalmente à sua efetiva incidência no período contratual, sem prejuízo do disposto na subcláusula 15.2.1.

15.2.1. Além do reajuste aplicado na forma da **subcláusula 15.2**, os preços das mensalidades serão ainda reajustados, observando-se a aplicação da fórmula abaixo sempre que o resultado da mesma for superior a zero:

$$\text{Reajuste} = \left\{ \left[ \frac{\text{custo por exposto período } i}{\text{custo por exposto período } i-1} \right]^{-1} \right\} \times 100\% \text{ (TIP)}$$

Onde:

- Custo por Exposto = (total da despesa) / (nº total de expostos);
- Total de despesa: É o gasto total da operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistencial expresso em reais;
- Despesas Assistenciais: são aquelas decorrentes exclusivamente de prestação direta de assistência médica e hospitalar ao beneficiário;
- Despesa Não Assistencial: valor total com despesas administrativas e outras não relacionadas à prestação da assistência médica e hospitalar direta ao beneficiário;
- Nº Total de Expostos: é a média ponderada entre o nº de expostos de cada item de despesa assistencial e o total de despesa referente a cada item;
- Nº de Expostos: exposto é definido como o beneficiário que tem o direito de usufruir a assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período de apuração das informações. O somatório dos beneficiários resulta no nº de expostos;
- Item de despesa Assistencial: os itens de despesa serão aqueles definidos pela UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS e abrangerão o total das despesas assistenciais;
- Período: é o período de análise considerado pela UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS para apuração dos dados, onde "i" denota o período mais recente e "i-1" denota o período, de igual duração, imediatamente anterior ao período de "i". O período de análise será anual ou menor periodicidade que a lei permitir.

15.2.2. O reajuste financeiro será aplicado conforme o permitido por lei, anualmente ou na menor periodicidade possível;

15.2.3. Os valores das mensalidades relativas às inclusões de BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES, independentemente da data de ingresso do plano, serão reajustadas quando do aniversário do contrato, unificando-se as respectivas datas bases.

15.2.4. O valor pago a título de inscrição dos beneficiários será reajustado financeiramente pelo mesmo índice e na mesma periodicidade adotados para a assistência médica e hospitalar.

ANS: nº 34.736-1



**REAJUSTE TÉCNICO DA SINISTRALIDADE**

15.3. Objetivando a manutenção do equilíbrio técnico-atuarial do contrato, semestralmente, os preços poderão ser reajustados com base na sinistralidade acumulada do grupo de contratos coletivos integrantes da carteira da UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS que possuam, no período de análise, o mesmo perfil de risco, conforme os critérios estabelecidos nas subcláusulas abaixo.

15.3.1. Para efeitos do disposto na subcláusula 15.3, a carteira dos contratos coletivos denominados UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS será subdividida em 4 (quatro) subcarteiras, conforme o nível de sinistralidade apurada no período de análise.

15.3.1.1. A primeira subcarteira será composta pelos contratos que possuírem no período de apuração um Índice de sinistralidade menor ou igual a 0,7 (zero vírgula sete).

15.3.1.2. A segunda subcarteira será composta pelos contratos que possuírem no período de apuração um Índice de sinistralidade maior que 0,7 (zero vírgula sete) e menor ou igual a 0,95 (zero vírgula noventa e cinco).

15.3.1.3. A terceira subcarteira será composta pelos contratos que possuírem no período de apuração índice de sinistralidade maior que 0,95 (zero vírgula noventa e cinco) e menor ou igual a 1,20 (um vírgula vinte).

15.3.1.4. A quarta subcarteira será composta pelos contratos que possuírem no período de apuração índice de sinistralidade maior que 1,20 (um vírgula vinte).

15.3.2. Para efeito do disposto na subcláusula 15.3, entende-se por sinistralidade acumulada do grupo de contratos coletivos integrantes da carteira denominada UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS com o perfil de risco (ISCI), o resultado da divisão entre o somatório dos custos dos eventos (atendimentos) ocorridos (Eci) e o somatório das respectivas mensalidades recebidas (Mri), referente a uma mesma subcarteira, no período em análise, conforme apurado na fórmula:

$$ISCI = Eci / Mri$$

Onde: "i" representa cada uma das quatro subcarteiras.

15.3.3. Será considerado como período de apuração os últimos (seis) meses anteriores ao mês de aplicação do reajuste em razão da sinistralidade;

15.3.4 O reajuste técnico-atuarial será calculado de acordo com a seguinte fórmula:  
Preço reajustado (PR) = Preço Atual (PA) x Fator de Reajuste (FRI).

Sendo:  $FRI = \frac{ISCI}{0,7}$

15.3.4.1 O reajuste previsto na subcláusula anterior só será aplicado quando FRI, for maior ou igual a 1.

15.3.4.2 Será concedido desconto pela correta execução dos serviços ora contratados do preço equivalente ao percentual de êxito, referente à proporcionalidade da sinistralidade do termo de compromisso acordado, conforme tabela abaixo, que virá entre 0,5% (meio por cento) até 3% (três por cento) aplicado sobre o valor da mensalidade paga pelo beneficiário.

15.3.4.2.1. A análise da sinistralidade para a aplicação do percentual prevista na tabela abaixo será efetuada bimestralmente.

**Sinistralidade    Êxito**

|     |      |
|-----|------|
| 70% | 0%   |
| 69% | 0,5% |
| 68% | 1,0% |



ANS: nº 34.736-1



|     |      |
|-----|------|
| 67% | 1,5% |
| 66% | 2,0% |
| 65% | 2,5% |
| 64% | 3,0  |

#### **CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

15.4. Os usuários da CONTRATANTE deverão quitar até o dia **10 de cada mês**, e nos locais indicados, os avisos de pagamento enviados com os respectivos boletos mensalmente, ou VIA SIAPE- Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (desconto em folha de pagamento) em conformidade com termo de adesão ou ainda outros meios que vierem a ser indicados pela UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS, compreendendo a cobrança, sob a forma de pré-pagamento, das mensalidades de todos os beneficiários inscritos no mês a que se referir, assim como os valores relativos às coberturas opcionais e à co-participação, quando devidos.

15.4.1 Caso os usuários da CONTRATANTE não receba o aviso de pagamento até 5 (cinco) dias antes do vencimento, deverá providenciar junto à UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS a emissão de 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento do valor referente ao mês em questão, sob pena de sujeitar-se à multa e encargos moratórios.

15.4.2. Na eventual falta de comunicação em tempo oportuno, da inclusão, alteração ou exclusão de beneficiários, a cobrança basear-se-á nos dados disponíveis, realizando-se os acertos necessários no período subsequente.

15.4.3. As dúvidas ou erros que venham a ser constatados no valor da cobrança, desde que não ultrapassem a 10% (dez por cento) do seu valor, a maior ou a menor, não constituirão impedimento para o pagamento na data do vencimento da mensalidade. O acerto, verificado a sua procedência, será realizado na cobrança imediatamente a seguir.

#### **ATRASO NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES**

15.5. As mensalidades e os valores relativos às coberturas opcionais e à co-participação, estas quando existirem, que não forem quitados até o vencimento serão atualizados de acordo com a variação do CDI-CETIP (certificados de depósitos interfinanceiros- CEPTIP), publicado nos jornais de grande circulação, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo incidindo no período entre o dia seguinte ao do vencimento e ao efetivo pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

#### **SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E NÃO ASSUNÇÃO DAS DESPESAS**

15.6. Se alguma mensalidade permanecer sem pagamento por prazo igual ou superior a 10 (dez) dias, a UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS poderá suspender todo e qualquer atendimento que esteja sendo obtido ou que venha sendo obtido pelos beneficiários dessa contratação, não se responsabilizando pelas despesas daí decorrente até a liquidação do débito, comprometendo-se, nessa hipótese a CONTRATANTE a informar essa suspensão e não assunção das despesas a todos os seus beneficiários inscritos.

15.6.1. O não pagamento da prestação, por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, poderá ainda:

- a) Ensejar primeiramente a suspensão dos serviços ora contratados, ocorrendo o seu restabelecimento mediante acerto financeiro entre as partes, e caso não ocorra o adimplemento o cancelamento.
- b) Ensejar diretamente o cancelamento dos serviços contratados.

**ANS: nº 34.736-1**



15.7. A CONTRATANTE reconhece que o valor das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a Unimed proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

15.8. Todos os preços previstos neste contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o IPC - Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas ou, a qualquer tempo, em função de reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, pela vontade das partes.

15.9. A periodicidade prevista na cláusula anterior será alterada, para reduzir o prazo de revisão dos preços, no caso de revogação da norma prevista no art. 28, da Lei n.º 9.069, de 29.06.95.

15.10. TODOS OS ÔNUS REFERENTES AOS SERVIÇOS OBJETO DESTES CONTRATOS SÃO DE RESPONSABILIDADE DA UNIMED, QUE SE RELACIONARÁ DIRETAMENTE COM MÉDICOS COOPERADOS E SERVIÇOS CONTRATADOS. A UNIMED NÃO AUTORIZA QUALQUER ACORDO ENTRE OS USUÁRIOS E OS PROFISSIONAIS COOPERADOS E INSTITUIÇÕES CONTRATADAS, NÃO SE RESPONSABILIZANDO POR EVENTUAL ACORDO QUE VENHA A SER CELEBRADO EM DESOBEDIÊNCIA À PRESENTE CLÁUSULA.

15.11. SERÃO REPASSADOS MENSALMENTE A CONTRATANTE O MONTANTE CORRESPONDENTE A 5% (Cinco por cento) DO VALOR TOTAL DA FATURA EMITIDA PELA CONTRATADA A TÍTULO DE PRÓ-LABORE.

#### XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO (EXCLUSÃO)

16.1. O Usuário que perder a condição de Titular ou Dependente será automaticamente excluído deste contrato, sendo obrigação do Titular providenciar a devolução imediata do cartão de identificação Unimed à CONTRATANTE, sob pena de arcar com as despesas relativas à utilização inadequada do cartão de identificação.

16.2. As exclusões de usuários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito até o dia 20 (vinte) de cada mês, acompanhado da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento a esses Usuários até o dia 30 (trinta) do mesmo mês.

16.3. Ocorrendo a rescisão da qualidade de vínculo associativo com a CONTRATANTE do Usuário, este e seus respectivos Dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

#### XIX – DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1. A **CONTRATANTE** declara para todos os fins que no ato de assinatura do presente contrato, recebeu Material Explicativo da **CONTRATADA** (Manual do Usuário).

19.2. O presente contrato poderá sofrer alterações e modificações mediante a lavratura de termos aditivos, que serão firmados pelas partes.

19.3. Na hipótese do item anterior o pagamento deverá ser realizado pela **CONTRATANTE** juntamente com a fatura subsequente ao atendimento.

19.4. Fica eleito o Foro da Comarca de Brasília/DF para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

ANS: nº 34.736-1



E, assim, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, em todas as laudas, na presença de 02 (duas) testemunhas.

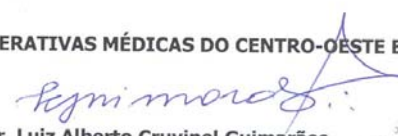
Brasília, 01 de novembro de 2007.

**CONTRATANTE: SINDICATO DOS POLICIAIS FEDERAIS NO DISTRITO FEDERAL**

  
**Luis Cláudio da Costa Avelar**  
Diretor Presidente

**CONTRATADA: UNIMED CONFEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO-OESTE E TOCANTINS.**

Dr. Paulo Roberto de Almeida Insfran  
Diretor Presidente

  
**Dr. Luiz Alberto Cruvinel Guimarães**  
Diretor Financeiro

  
UNIMED CONFEDERAÇÃO  
DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO-OESTE E TOCANTINS

**TESTEMUNHAS:**

Nome: Flávia Uranch Marques  
CPF: 039.534.616-99  
RG: 17.8041878 Exp: SSP/MS

Nome: Quiana S. Macedo  
CPF: 818.042.531-20  
RG: J506386 Exp: SSP/DF

**ANS: nº 34.736-1**

