



ADITIVO 01/2021
 CONTRATO 4782

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
 PLANO UNIMULTI EMPRESARIAL ESPECIAL**

Termo aditivo ao contrato de cobertura dos custos dos procedimentos de assistência médico-hospitalar celebrado entre **UNIMED TERESINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, inscrito no CNPJ sob o número 07.241.136/0001-32 com sede na Rua São João, 1262, Centro/Sul, Teresina-PI, CEP 64001-360, como CONTRATADA e **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI**, inscrita no CNPJ sob o número 06.710.842/0001-13, com endereço na Av Petronio Portela, 391, Ininga, Teresina - PI, Cep 64003-600, como CONTRATANTE desde 01/10/2018.

1. DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 1.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.
- 1.2. São considerados **BENEFICIÁRIOS**, para os efeitos deste contrato, o beneficiário **TITULAR** e seus **DEPENDENTES**, indicados na Proposta de Adesão, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular, conforme delimitação expressa no item 1.2.2.
 - 1.2.1. **BENEFICIÁRIOS TITULARES** são as pessoas físicas que se relacionam com o **CONTRATANTE** por vínculo associativo ativo.
 - 1.2.2. **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** são indivíduos com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**, conforme delimitado:
 - a) O cônjuge;
 - b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - c) Filhos solteiros menores de 18 (dezoito) anos de idade; ou
 - d) Filhos solteiros menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade, se cursando instituição de ensino superior mediante comprovação de matrícula em Instituição de Ensino Superior.
- l. Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite ou perderem a condição de solteiros, deverão ser transferidos para o Plano Pessoa Física, sendo válidas para o novo plano as carências já cumpridas. Nesse caso, sua mensalidade será equiparada à tabela de preço pessoa física vigente.

Parágrafo único. A adesão de **DEPENDENTES** é vinculada à participação do **TITULAR** no plano privado de assistência à saúde suplementar. Assim, não poderá haver manutenção de um beneficiário **DEPENDENTE** que não esteja associado a um beneficiário **TITULAR**.

- 1.3. Poderão ser incluídos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, desde que solicitado pelo **CONTRATANTE**. Em caso de inclusão de novo(s) dependente(s), este(s) deverá(ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previsto neste Aditivo, exceto para os casos dos filhos recém-nascidos e filhos adotivos menores de 12 (doze) anos.
 - 1.3.1. As novas inclusões e/ou exclusões de usuários serão solicitadas pela **CONTRATANTE** em formulários próprios e entregues até 20 (vinte) dias antes da data de vencimento da fatura do contrato na operadora, tendo os usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir do vencimento do mês corrente, obedecido o cumprimento dos prazos de carência previstos no aditivo.
 - 1.3.2. Caso haja necessidade de inclusão imediata, sem observância do prazo estipulado acima, será feita a cobrança de *pro rata* dia.
- 1.4. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, será garantida a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do nascimento ou da adoção, mediante entrega comprovação documental. Se o beneficiário genitor não tiver cumprido as carências, fica assegurado o direito de inscrição e cumprimento de carências restante do beneficiário.
- 1.5. Em caso de inscrição de filho(s) adotivo do **BENEFICIÁRIO**, menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante, respeitado o prazo máximo de 30 (trinta) dias da solicitação de inclusão.
- 1.6. Para a solicitação de inclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, são documentos que obrigatoriamente deverão ser entregues à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**:
 - 1.6.1. Originais dos formulários abaixo mencionados:



- a) Proposta de adesão;
 - b) Declaração de Saúde;
 - c) Carta de Orientação ao Beneficiário.
- 1.6.2. Cópias dos seguintes documentos pessoais:
- a) RG;
 - b) CPF;
 - c) Comprovante de residência;
 - d) Cartão Nacional de Saúde;
 - e) Comprovante de vínculo associativo ou estatutário ativo:
 - I. Declaração assinada e carimbada pelo presidente em papel timbrado;
 - II. Registro em Ata;
 - III. Carteira da associação ou profissional;
 - IV. Contribuição em folha de pagamento (contracheque).
- 1.7. Para a solicitação de inclusão do BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, são documentos que obrigatoriamente deverão ser entregues à CONTRATADA pela CONTRATANTE:
- 1.7.1. Originais dos formulários abaixo mencionados:
- a) Proposta de adesão do BENEFICIÁRIO TITULAR indicando os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES;
 - b) Declaração de Saúde;
 - c) Carta de Orientação ao Beneficiário.
- 1.7.2. Cópias dos seguintes documentos pessoais:
- a) Em caso de filho ou equivalente:
 - I. RG ou Certidão de Nascimento;
 - II. CPF;
 - III. Cartão Nacional de Saúde;
 - IV. Comprovante da condição de estudante universitário, caso a idade esteja entre 18 e 24 anos.
 - b) Em caso de cônjuge:
 - I. RG;
 - II. CPF;
 - III. Cartão Nacional de Saúde;
 - IV. Certidão de Casamento Civil ou Declaração de União Estável reconhecida em Cartório.

2. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDO

- 2.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).
- 2.1.1. A participação de profissional médico Anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- 2.1.2. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 2.1.3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
- a) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- 2.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:
- 2.2.1. Consultas médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO CONTRATO.
- 2.2.2. Os beneficiários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos constantes no Rol de Procedimentos - Plano Ambulatorial - definido pela ANS/MS, quando solicitados pelo médico assistente, observados os critérios específicos e as atualizações estabelecidos por meio de disposições normativas (incluídos seus anexos).



- 2.2.3. Nos casos de transtornos psiquiátricos, os beneficiários terão direito à psicoterapia de crise, de até 12 (doze) sessões, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais médicos cooperados da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de urgência e emergência e sendo limitada a 40 (quarenta) sessões por ano de contrato.
- a) As consultas/sessões realizadas com os seguintes profissionais de saúde serão limitadas por ano de contrato, conforme as seguintes diretrizes, que poderão ser alteradas pela ANS:
- I. Nutricionista: até o limite de 12 (doze);
 - II. Terapeuta ocupacional: até o limite de 12 (doze);
 - III. Psicólogo: até o limite de 40 (quarenta);
 - IV. Fonoaudiólogo: até o limite de 24 (vinte e quatro).
- b) As consultas/sessões realizadas pelos profissionais citados no item acima deverão sempre ser prescritas por médico cooperado.
- 2.2.4. A cirurgia plástica reparadora só terá cobertura assistencial prevista neste contrato quando efetuada para restauração de funções e tratamento de lesões em órgãos, membros e regiões, nos casos em que a CONTRATADA é obrigada a prestar esta cobertura pela Lei nº 9.656/1998 e Resoluções da ANS.
- 2.3. DAS COBERTURAS HOSPITALARES:
- 2.3.1. As internações serão realizadas depois de prévia autorização da CONTRATADA mediante solicitação do médico assistente, por intermédio de uma guia de internação hospitalar.
- 2.3.2. Independentemente do tipo de acomodação previsto no contrato, inclusive UTI – Unidade de Terapia Intensiva – ou similar, as internações deverão ser autorizadas pela CONTRATADA, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.
- a) A internação hospitalar será processada mediante apresentação da GUIA DE INTERNAÇÃO expedida pela CONTRATADA, com Pedido de Internação preenchido pelo médico cooperado, carteira/cartão de identificação da UNIMED válida e identidade civil.
- I. Para os casos de urgência e/ou emergência, o usuário ou responsável terá até o primeiro dia útil seguinte ao da hospitalização para providenciar a GUIA DE INTERNAÇÃO obrigatória junto à CONTRATADA.
- 2.3.3. Decorrido o prazo acima estabelecido, sem o cumprimento da obrigação, a CONTRATADA se reserva o direito de não custear os serviços realizados, que ficarão a cargo exclusivo da CONTRATANTE.
- 2.3.4. A GUIA DE INTERNAÇÃO será fornecida por período limitado, sendo prorrogável mediante laudo fundamentado do médico assistente, passível de análise pela Auditoria Médica da CONTRATADA.
- a) As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de responsabilidade da CONTRATANTE, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.
- b) Por garantir, o presente contrato, cobertura em Rede Básica de atendimento, não serão autorizadas internações em hospitais praticantes de Tabela Própria (Rede Especial) e de Alto Custo, ou custos diferenciados (Rede Master).
- I. A exemplo de Hospitais de Tabela Própria e de Alto Custo, importa citar: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sirio Libanês (SP); Hospitais e Maternidades São Camilo; Hospital e Maternidade Santa Joana; Hospitais Santa Isabel; Hospital Professor Edmundo Vasconcelos; Beneficência Portuguesa; Hospital A. C. Camargo; Hospital Nossa Senhora de Lourdes; Hospital Santa Paula; Hospital da Criança; Hospital Santa Catarina; Hospitais e Maternidades São Luiz; Hospital Samaritano; Hospital Nove de Julho; Pronto Socorro Infantil Sabará; Hospital do Coração; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Moinhos de Vento (RS); Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, entre outros.
- 2.3.5. As internações clínicas e cirúrgicas abrangem as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, considerando as CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO PLANO.
- 2.3.6. O beneficiário poderá optar por internações hospitalares em acomodações superiores às previstas neste contrato. Esta opção, todavia, implicará no pagamento, pela CONTRATANTE, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, cujo montante será ajustado entre as partes (CONTRATANTE e PRESTADOR), não havendo interferência ou responsabilidade da CONTRATADA.
- 2.3.7. A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com serviços hospitalares, serviços médicos e demais procedimentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação, assim discriminados:
- a) Sala de cirurgia;



- b) Sala de parto;
- c) Serviços de enfermagem;
- d) Exames complementares para diagnóstico e tratamento da doença que tenha motivado a internação, até a alta hospitalar;
- e) Materiais e medicamentos, exceto os importados não nacionalizados;
- f) Próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico. O fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios só terá cobertura por este contrato se sua utilização estiver ligada ao ato cirúrgico principal. A cobertura garante o fornecimento ou pagamento de prótese ou órtese nacional pelo menor preço disponível no mercado. Em optando o usuário por outra de maior valor, deverá arcar com a diferença de preço;
- g) As próteses e órteses serão fornecidas pela CONTRATADA;
- h) Anestésicos;
- i) Gases medicinais;
- j) Transfusão sanguínea;
- k) Internações em UTI, solicitadas e justificadas pelo médico assistente, com a ciência da Auditoria Médica da CONTRATADA;
 - I. A internação em UTI será prorrogada mediante laudo fundamentado do médico assistente, passível de análise pela Auditoria Médica da CONTRATADA.
- l) Alimentação dietética;
- m) Procedimentos considerados especiais, assim relacionados:
 - I. Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
 - II. Quimioterapia;
 - III. Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - IV. Hemoterapia;
 - V. Nutrição parenteral ou enteral;
 - VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - VII. Embolizações e radiologia intervencionista;
 - VIII. Exames pré-anestésicos ou psicocirúrgicos;
 - IX. Fisioterapia;
 - X. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do usuário submetido a transplante de rim, córnea e medula óssea, exceto medicação de manutenção.

2.3.8. Na internação do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar, fica assegurada a cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, exclusivamente, as de acomodação e alimentação fornecidas pela instituição hospitalar.

- a) Havendo transferência do paciente para UTI ou similar, a cobertura de despesas de acompanhante, inclusive acomodação, cessará, enquanto o mesmo permanecer naquelas unidades especiais.
 - I. Os beneficiários terão direito a transplantes de rim, córnea e autólogos de medula óssea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados. Entendem-se como procedimentos vinculados:
 - i. Despesas assistenciais com doadores;
 - ii. Medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. Acompanhamento clínico do pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - iv. Os usuários candidatos a transplantes de rim e córnea provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNDOS - e sujeitar-se-ão ao critério de fila única e seleção.

2.3.9. Fica assegurada a cobertura para analgesia em parto normal.

2.4. DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL:

2.4.1. Nos casos de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, o presente contrato cobre:

- a) O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica, em hospital geral, estando o beneficiário em situação de crise;
- b) A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica, os custos com a internação ficarão por conta da CONTRATANTE;



- I. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial, excepcionalmente, poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação da CONTRATANTE de 50% (cinquenta por cento), observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
 - II. Poderá ser estabelecido custeio parcial, se houver COPARTICIPAÇÃO ou franquias para as internações referentes às demais especialidades médicas, conforme definido na Proposta de Admissão.
- c) O disposto acima nos itens a) e b) valerá para os casos de beneficiário portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.
- 2.4.2. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas e os normativos vigentes.
- 2.5. COBERTURA OBSTÉTRICA:
- 2.5.1. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
 - 2.5.2. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
 - 2.5.3. Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário genitor possua cobertura que inclua atendimento obstétrico.
- 2.6. DA COBERTURA DO SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE 24 HORAS – “0800 941 6111”:
- 2.6.1. O Serviço tem por objetivo a prestação de Serviços de Aconselhamento em Saúde 24 horas – 0800 941 6111, aos beneficiários, regularmente inscritos, no Plano de Saúde da CONTRATADA.
 - 2.6.2. ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS:
 - a) Entende-se por Serviço de Orientação em Saúde 24 horas, a disponibilização de profissional médico qualificado para prestar aos Usuários informações técnicas acerca de enfermidades e especialidades médicas indicadas, orientação sobre tratamentos e procedimentos médicos adequados, inclusive casos de doenças crônicas e condutas de primeiros-socorros, além de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas com situações do cotidiano de caráter preventivo.
 - b) Central de Regulação e Aconselhamento Médico 24 horas engloba, ainda, a disponibilidade de informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo paciente para a obtenção de assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível, promovendo, quando necessário, o encaminhamento do caso para serviços móveis de atendimento de urgências/emergências, com observância dos limites estabelecidos pelo Código de Ética Médica.
 - c) DA ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS:
 - I. A área de abrangência e cobertura dos serviços descritos será em todo território nacional.
 - d) OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:
 - I. Proporcionar ao titular e seus beneficiários os atendimentos acima elencados, no mês subsequente à adesão ao contrato.
 - II. Disponibilizar central de atendimento telefônico prefixo 0800 (DDG), 24 horas por dia, para atendimento das chamadas dos beneficiários.
 - III. Disponibilizar profissional médico 24 horas por dia em sua central (podendo ser terceirizada) para caso necessário, fornecer orientações aos beneficiários inscritos.
 - e) GRATUIDADE DOS SERVIÇOS:
 - I. Por mera liberalidade e sem exigência de nenhuma contrapartida a CONTRATADA disponibilizará os serviços aos beneficiários de seus planos de saúde sem qualquer ônus ou custo, de acordo com critérios por ela designados.
 - II. O serviço tem vigência na data de assinatura do presente Contrato e vigorará por prazo indeterminado, podendo ser rescindido pela CONTRATADA a qualquer momento, mediante comunicação com 30 (trinta) dias de antecedência.
 - f) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
 - I. Fica estabelecido que as orientações telefônicas aos beneficiários limitar-se-ão a coordenação médica, aconselhamento médico e orientação pré-hospitalar, ou seja, informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo beneficiário ou seu representante legal para a obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível.
- 2.7. DA COBERTURA DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO MÉDICA E ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR – “SOS UNIMED”:



- 2.7.1. O serviço SOS UNIMED tem por objeto a prestação de Serviços de Regulação Médica – SEM, de Atendimento Pré-hospitalar APH, aos beneficiários, regularmente inscritos, no Plano de Saúde da CONTRATADA.
- 2.7.2. REGULUÇÃO MÉDICA - SRM:
- a) Entende-se por Serviço de Regulação Médica – SRM, a atuação necessária e suficiente, efetuada por equipe comandada por Médico Regulador, para atendimento das demandas de natureza pré-hospitalar, tais como:
 - I. Aconselhamento e orientação aos Usuários, acerca das condutas a serem adotadas quando necessária a efetivação de ações de primeiros socorros;
 - II. Definição da utilização dos recursos móveis adequadas à situação em demanda;
 - III. Definição do destino dos pacientes na rede de urgência/emergência, garantindo adequação de necessidades com ofertas disponíveis e apropriadas, monitorando o atendimento e o acolhimento nos serviços.
 - b) ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 (VINTE E QUATRO) HORAS – APH (“SOS UNIMED”):
 - I. Compromete-se a CONTRATADA, através da MED SALVA a manter o Atendimento Médico Domiciliar de Urgência e Emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, com ambulância UTI, para o atendimento das ocorrências de urgência e emergências médicas, no local onde estas ocorrerem, desde que estejam dentro da área de abrangência definida entre as partes, mediante a ativação através da Central de Teleatendimento, onde o USUÁRIO será atendido por profissionais capacitados e treinados, dentre os quais um Médico, dentro do limite de tempo definido pelos órgãos competentes, que dará as primeiras orientações, bem como, em entendendo necessário, deslocará até o local de atendimento o recurso mais apropriado, no menor tempo.
 - II. O atendimento pré-hospitalar estará sob supervisão médica, cabendo ao médico regulador a avaliação quanto a real necessidade dessa modalidade de atendimento. O médico regulador terá autonomia para decidir sobre a necessidade do atendimento domiciliar de urgência e emergência, podendo vetá-lo sempre que não for necessário, mediante justificativa técnica.
 - III. O objetivo do Atendimento Médico Domiciliar de Urgência e Emergência 24 horas é a resolução no local do atendimento, quando isto não for possível, o USUÁRIO será levado para atendimento em unidade hospitalar, que deverá ser indicada pela CONTRATADA.
 - IV. Para efeito do Atendimento Médico Domiciliar de Urgência e Emergência 24 horas, define-se Urgência e Emergência como sendo:
 - i. URGÊNCIA: situação em que o USUÁRIO necessita de rápido atendimento, sem, contudo, correr risco de iminente morte ou de lesões irreparáveis;
 - ii. EMERGÊNCIA: situação em que há iminente risco de morte ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO.
 - c) DA ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS:
 - I. A área de abrangência e cobertura dos serviços descritos nesta cláusula serão para Serviços de Regulação Médica em todo território nacional e para os serviços de Atendimento Pré-hospitalar, a abrangência da área urbana da cidade de Teresina-PI.
 - d) OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:
 - I. Disponibilizar central de atendimento telefônico prefixo 0800 (DDG), 24 (vinte e quatro) horas por dia, para atendimento das chamadas dos beneficiários.
 - II. Disponibilizar profissional médico 24 (vinte e quatro) horas por dia em sua central (podendo ser terceirizada) para, caso necessário, fornecer orientações aos beneficiários inscritos.
 - e) ATENDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 (VINTE E QUATRO) HORAS – APH (“SOS UNIMED”):
 - I. Fica excluído dos serviços regulados por este contrato, o atendimento de usuários cadastrados nas seguintes hipóteses:
 - i. Doenças, lesões e quaisquer efeitos mórbidos decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocado pelo usuário cadastrado por ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas, de entorpecentes ou psicóticos, atentando contra à vida; cirurgias não éticas e/ou suas consequências (tais como abortamento provocado, mudança de sexo); tratamentos experimentais e aplicações de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;



- ii. Atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolados;
 - iii. Distúrbios neurovegetativos e casos psiquiátricos;
 - iv. Acidente de trânsito em qualquer modalidade ou causa, dada as peculiaridades do atendimento e as disposições legais quanto a atuação dos serviços de saúde em via pública;
 - v. Havendo risco iminente de mortes nestas situações, comprovando por avaliação e relatório técnico, as partes facultam ao médico regulador liberação imediata de equipe médica para socorro sendo posteriormente efetuada a cobrança deste atendimento, cujo custo terá como base o valor vigente na tabela de serviços extra.
- f) **DISPOSIÇÕES GERAIS:**
- I. O serviço tem vigência na data de assinatura do presente Contrato e vigorará por prazo indeterminado, podendo ser rescindido pela CONTRATADA a qualquer momento, mediante comunicação com 30 (trinta) dias de antecedência.
 - II. Fica estabelecido que as orientações telefônicas aos beneficiários limitar-se-ão a coordenação médica, aconselhamento médico e orientação pré-hospitalar, ou seja, informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo beneficiário ou seu representante legal para a obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível.
 - III. Nas hipóteses em que, pelas características da emergência ou pela dificuldade de se chegar ao local em que se encontra o beneficiário, tais como: trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso ou que ofereça risco ao profissional que presta o serviço, que ensejam impossibilidade de atendimento ao beneficiário em prazo adequado, deverá o beneficiário ou o responsável dirigir-se aos Hospitais da rede credenciada ou rede pública, para receber atendimento adequado à espécie.
 - IV. A CONTRATADA não terá nenhuma responsabilidade em caso de óbito ou quaisquer danos físicos sofridos por beneficiários transportados por ela, quando ocorrer sinistro de trânsito no trajeto entre o local do primeiro atendimento e o Hospital, causado por culpa de terceiros.

3. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 3.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência, os tratamentos/despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:
- 3.1.1. Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - 3.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 3.1.3. Inseminação artificial e cirurgia para alteração de sexo;
 - 3.1.4. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - 3.1.5. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
 - 3.1.6. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - 3.1.7. Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - 3.1.8. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 3.1.9. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - 3.1.10. Tratamentos em "SPA", clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas para acolhimento de idosos em internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - 3.1.11. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas hospitalares necessárias à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista;
 - 3.1.12. Transplantes, à exceção de córnea, rim, fígado, coração e dos transplantes autólogos;
 - 3.1.13. Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência;



- 3.1.14. Atendimento a domicílio dos USUÁRIOS;
- 3.1.15. Remoção domiciliar;
- 3.1.16. Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
- 3.1.17. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 3.1.18. Realização de procedimentos e exames a pedido do usuário sem fundamentação médica;
- 3.1.19. Realização de procedimentos ou exames no exterior, mesmo que a coleta tenha sido feita aqui no Brasil;
- 3.1.20. Despesas extraordinárias, não relacionadas diretamente com a internação, tais como: diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação em acomodação superior à contratada, por opção do usuário; despesas com frigobar; aparelho de televisão, telefonemas, gorjetas e quebra de objetos;
- 3.1.21. Cobertura de tratamento em localidade ou unidade não credenciada, por conforto ou conveniência do usuário;
- 3.1.22. Cobertura de remoção aérea;
- 3.1.23. Enfermagem de caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência e aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 3.1.24. Tratamento e/ou assistência na modalidade home care;
- 3.1.25. Cirurgias refrativas, à exceção das constantes do Anexo II da RN 167 de 09.01.08.
- 3.2. Por garantir, o presente contrato, cobertura em Rede Básica de atendimento, não serão autorizadas internações em hospitais praticantes de Tabela Própria (Rede Especial) e de Alto Custo, ou custos diferenciados (Rede Master).
 - 3.2.1. A exemplo de Hospitais de Tabela Própria e de Alto Custo, importa citar: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital Sírio Libanês (SP); Hospitais e Maternidades São Camilo; Hospital e Maternidade Santa Joana; Hospitais Santa Isabel; Hospital Professor Edmundo Vasconcelos; Beneficência Portuguesa; Hospital A. C. Camargo; Hospital Nossa Senhora de Lourdes; Hospital Santa Paula; Hospital da Criança; Hospital Santa Catarina; Hospitais e Maternidades São Luiz; Hospital Samaritano; Hospital Nove de Julho; Pronto Socorro Infantil Sabará; Hospital do Coração; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Moinhos de Vento (RS); Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, entre outros.

4. DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 4.1. Carência é o período de tempo, contado a partir da data de inclusão, durante o qual o beneficiário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando o(s) limite(s) estabelecido(s).
 - 4.1.1. São carências exigíveis para utilização das coberturas previstas no presente contrato, conforme abaixo:
 - a) 24 (vinte e quatro) horas atendimento de urgência e emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;
 - b) 30 (trinta) dias para Consultas Médicas Ambulatoriais;
 - c) 30 (trinta) dias para Exames Complementares Básicos:
 - I. Exames laboratoriais de análises clínicas;
 - II. Exames radiológicos não-contrastados.
 - d) 180 (cento e oitenta) dias para Exames Complementares Especiais e Exames de Alta Complexidade:
 - I. Exames laboratoriais de dosagens hormonais;
 - II. Exames anatomopatológicos e citopatológicos;
 - III. Exames laboratoriais de imunologia e radioimunoensaio;
 - IV. Exames laboratoriais de PCR;
 - V. Exames laboratoriais de genética clínica;
 - VI. Exames de diagnóstico em medicina nuclear, cintilografias em geral;
 - VII. Exames radiológicos contrastados de aparelho digestivo e urinário.
 - e) 180 (cento e oitenta) dias para internações, cirurgias e UTI;
 - f) 300 (trezentos) dias para parto a termo; e
 - g) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura de Doenças ou Lesões Preexistentes, conforme cláusula de CPT da RN 162/207 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
 - I. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados



exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

4.1.2. O cumprimento dos prazos da carência observará o entendimento vinculativo da Súmula Normativa n.º 21 da ANS:

- a) Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656/1998.
- b) Nessa hipótese, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656/1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas RNs n.ºs 186/2009 e 254/2011, respectivamente.

4.1.3. O cumprimento das carências pelos filhos recém-nascidos e adotivos menores de 12 (doze) anos de idade obedecerá ao disposto nos itens 1.4 e 1.5 do presente aditivo.

5. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

- 5.1.1. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- 5.1.2. Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.2. DA REMOÇÃO

5.2.1. A CONTRATADA proporcionará ao seu usuário remoção terrestre inter-hospitalar, comprovadamente necessária, conforme parecer do médico responsável pelo paciente e da equipe médica responsável pelo traslado, dentro da abrangência geográfica prevista no contrato, desde que atendidas as exigências contratuais e os critérios técnicos vigentes, bem como as obrigações impostas pela ANS.

- a) Os beneficiários da CONTRATADA e seus dependentes legais regularmente inscritos, após a carência especial exigida, poderão utilizar o transporte terrestre por ambulância da CONTRATADA ou do nosocômio onde esteja internado, exclusivamente na área de abrangência do contrato, e tão somente para remoção inter-hospitalar, de um hospital que não apresente as condições necessárias para a continuidade do tratamento para outro credenciado mais próximo, que reúna as condições necessárias para continuidade do tratamento, mediante a apresentação de laudo médico submetido à auditoria médica da operadora, nas patologias abaixo relacionadas:
 - I. Aneurisma abdominal roto; aneurisma torácico roto; bloqueio atrioventricular; choque cardiogênico; acidente vascular cerebral hemorrágico; acidente vascular cerebral hemorrágico isquêmico; aneurisma cerebral; traumatismo cranioencefálico; traumatismo da coluna; hemorragia intracerebral; embolia pulmonar; pneumotórax; insuficiência respiratória aguda; hemorragia gastrointestinal (úlceras duodenal gástrica associada à hemorragia); obstrução intestinal; varizes esofagianas sangrantes; apendicite aguda; colecistite aguda; pancreatite aguda; pielonefrite aguda; septicemia aguda; traumatismo de tórax; traumatismo de abdômen; fratura de colo de fêmur; politraumatismo; insuficiência renal aguda; coma diabético; cetoacidose diabética; infarto agudo do miocárdio; pericardite aguda; endocardite aguda; edema agudo do pulmão e grandes queimados conforme parecer médico da contratada.
- b) A carência para utilização da remoção é de 180 (cento e oitenta) dias.
- c) A remoção terrestre não possui cobertura para remoção de paciente de uma unidade hospitalar onde esteja internado para realização de exame em outro hospital, laboratório ou clínica especializada, devendo tal ônus ser da unidade hospitalar.



- d) Na hipótese de remoção terrestre, os responsáveis pelo paciente deverão constituir profissional ou equipe médica ou congênere para acompanhar o traslado do paciente até o outro hospital.
- 5.2.2. A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:
- Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
- 5.2.3. Da Remoção para o SUS:
- À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus;
 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;
- 5.3. DO REEMBOLSO
- 5.3.1. Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.
- 5.3.2. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:
- Relatório do médico assistente;
 - Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos;
 - Nota Fiscal dos serviços prestados em nome do beneficiário e correspondente recibo de quitação.
- 5.3.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor será o praticado junto à rede assistencial do presente plano.
- 6. DO REAJUSTE**
- 6.1. Os valores per capita descritos abaixo foram estipulados com base no mês de outubro/2021, considerando-se uma população mínima de 2594 (dois mil quinhentos e noventa e quatro) beneficiários e um percentual de reajuste negociado de 4% (quatro por cento).

FAIXA	FAIXA ETÁRIA	MENSALIDADE ATUAL	MENSALIDADE APÓS REAJUSTE
1ª	0 a 18 anos	R\$ 156,02	R\$ 162,26
2ª	19 a 23 anos – ao completar 19 anos	R\$ 217,70	R\$ 226,41
3ª	24 a 28 anos – ao completar 24 anos	R\$ 230,77	R\$ 240,00
4ª	29 a 33 anos – ao completar 29 anos	R\$ 342,72	R\$ 356,43
5ª	34 a 38 anos – ao completar 34 anos	R\$ 372,97	R\$ 387,89
6ª	39 a 43 anos- ao completar 39 anos	R\$ 385,19	R\$ 400,60
7ª	44 a 48 anos – ao completar 44 anos	R\$ 397,55	R\$ 413,45
8ª	49 a 53 anos – ao completar 49 anos	R\$ 464,79	R\$ 483,38
9ª	54 a 58 anos – ao completar 54 anos	R\$ 510,97	R\$ 531,41



10 ^a	59 anos ou mais – ao completar 59 anos	R\$ 573,99	R\$ 596,95
-----------------	--	------------	------------

6.2. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Resolução Normativa n.º 309/2012 sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

6.2.1. O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste se, na data de sua assinatura, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de beneficiários, para se determinar se o contrato permanece no agrupamento ou se dele será excluído.

6.2.2. O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento, caso ele tenha 30 (trinta) beneficiários ou mais na próxima data de aniversário do contrato.

6.2.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

6.2.4. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 6.2.6.

6.2.5. Se este contrato não for agrupado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 6.2.7.

6.2.6. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto neste item:

a) Nos termos da legislação vigente, em atendimento à RN 309/2012 da ANS, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões terá o cálculo do reajuste apurado com base no agrupamento de todos os contratos com número inferior a 30 (trinta) beneficiários. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência mínima de 1 (um) mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato. O percentual calculado para reajuste das empresas que se enquadram na citada resolução é publicado anualmente no site www.unimed-pi.com.br;

b) Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 6.2.6., será estipulado novo índice mediante instrumento específico;

c) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

I. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos;

II. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \left(\frac{S}{S_m} \right) - 1$$

Onde:

S – sinistralidade apurada no período;

Sm – meta de sinistralidade expressa em contrato.

d) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no subitem 6.2.6.c). I., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no subitem 6.2.6.a) e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

6.2.7. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto neste item:

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice IPCA-SAÚDE. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 30 (trinta) dias em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

b) Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no subitem 6.2.7., será estipulado novo índice mediante instrumento específico;

c) Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir:



- I. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;
- II. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \left(\frac{S}{S_m} \right) - 1$$

Onde:

S – sinistralidade apurada no período;

Sm – meta de sinistralidade expressa em contrato.

- d) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no subitem 6.2.7.c), este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no subitem 6.2.1. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
- 6.3. No mês de aplicação do reajuste, a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 6.2.6 e 6.2.7 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.
- 6.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do plano em um determinado contrato.
- 6.5. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656/1998.
- 6.6. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

7. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES PACTUADAS

- 7.1. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
- 7.2. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados no presente aditivo, por beneficiário, para efeito de mensalidade, através da emissão de faturas.
- 7.3. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
- 7.4. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE.
 - 7.4.1. A movimentação cadastral, para fins de faturamento, realizar-se-á no período de até 20 (vinte) dias antes da data de vencimento da fatura do contrato na operadora, tendo os usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir do vencimento do mês corrente, obedecido o cumprimento dos prazos de carência previstos no aditivo.
- 7.5. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 7.6. 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 de 2% (dois por cento).
- 7.7. Caso haja solicitação de alteração da data base pela CONTRATANTE, esta deverá ser requerida com antecedência mínima de 5 (cinco) dias antes da data de vencimento via ofício direcionado para a Operadora - Setor Comercial. Neste caso, será feita a cobrança *pro rata* dia para o ajuste financeiro.
- 7.8. A contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.
- 7.9. A UNIMED, mensalmente, emitirá boleto bancário referente aos valores das mensalidades dos beneficiários em nome do CONTRATANTE.
- 7.10. O presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 7.11. A operadora terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses.
- 7.12. O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seu(s) DEPENDENTE(S) aos procedimentos eletivos.



www.unimedteresina.com.br
 Rua São João, 1262. Centro Sul
 64001-360, Teresina-PI
 T. (86) 2107-8000



- 7.13. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:
- 7.13.1.prática de fraude comprovada;
 - 7.13.2.inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
 - 7.13.3.se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.
- 7.14. A omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo a operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.
- 7.15. É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.
- 7.16. Ficam revogadas as cláusulas contratuais em contrário a este aditivo.
- 7.17. O presente aditivo entrará em vigor a partir de 01 de novembro de 2021.
- 7.18. As demais cláusulas permanecem inalteradas.

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Aditivo em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Teresina (PI), 01 de novembro 2021.

UNIMED TERESINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
 CONTRATADA

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES UNIVERSIDADE
 FEDERAL DO PIAUI
 CONTRATANTE

TESTEMUNHA 1:

CPF: _____

TESTEMUNHA 2:

CPF: _____