



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
- PLANO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA -  
COLETIVO EMPRESARIAL - PLANO "A" - ACOMODAÇÃO COLETIVA  
(ENFERMARIA) - REGISTRO PRODUTO ANS nº 465.985/11-6**

**CONTRATO Nº 6650/2019**

**CONTRATADA: UNIMED DE ADAMANTINA COOPERATIVA DE  
TRABALHO MÉDICO**, operadora de planos privados de assistência à saúde  
**REGISTRADA NA ANS sob nº 31.194-4**, como cooperativa médica, inscrita no  
CNPJ/MF sob nº 00.262.338/0001-11, com sede à Avenida Rio Branco nº 258  
- Centro - Adamantina - SP - CEP 17.800-000, representada na forma de seu  
Estatuto Social.

**CONTRATANTE: CAMARA MUNICIPAL DE ADAMANTINA - DEMAIS.**  
inscrita no CNPJ nº: 48801179/0001-02, situada na R: Osvaldo Cruz, 262,  
Centro, Adamantina - CEP:17800-000.

**NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

Nome Comercial: Plano empresarial, ambulatorial + hospitalar, com obstetrícia,  
enfermaria, com **co-participação**.

**Registro produto na ANS N.º 465.985/11-6**

**TIPO DE CONTRATAÇÃO**

1. O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência saúde, **coletivo empresarial**, para população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

### SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

1. A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como Plano Ambulatorial, Hospitalar, com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

### ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1. A área geográfica de abrangência dos serviços eletivos e urgência e emergência ora contratados, é caracterizada como Grupo de Municípios, compreendendo as cidades de **ADAMANTINA, FLÓRIDA PAULISTA, LUCÉLIA, PRACINHA, INÚBIA PAULISTA, PARAPUÃ, SAGRES, SALMOURÃO e MARIÁPOLIS**, todas no Estado de São Paulo e pertencentes a área de ação da **CONTRATADA**.

### ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1. A área de atuação do presente contrato, para fins de comercialização e operacionalização, é classificada como Grupo de Municípios, compreendendo as cidades de **ADAMANTINA, FLÓRIDA PAULISTA, LUCÉLIA, PRACINHA, INÚBIA PAULISTA, PARAPUÃ, SAGRES, SALMOURÃO e MARIÁPOLIS**, todas localizadas no Estado de São Paulo, pertencentes a área de ação da **CONTRATADA**.

### PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva (enfermaria), sendo que as despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do beneficiário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, conforme disposto no artigo 33, da Lei nº 9.656/98.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## FORMAÇÃO DO PREÇO

1. As mensalidades serão pagas pelo **CONTRATANTE** na forma de pré-pagamento (o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas), com co-participação (participação do contratante na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização do procedimento).

## SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1. Não há no presente contrato cláusulas para serviços adicionais não previstos na Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

## TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. A **CONTRATADA**, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como Operadora de Planos privados de assistência à saúde, prestará continuamente serviços na forma de planos privados de assistência à saúde, para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, oferecendo cobertura aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames, a exceção das exclusões legais e constantes neste contrato em cláusula específica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos das cláusulas e condições ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

2. Por este instrumento particular, bilateral, oneroso e de adesão, que gera direitos e obrigações às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil vigente e subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor, nos termos do artigo 35 "G" da lei 9.656/98, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas cláusulas e condições ajustadas no presente.

## **TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

1. É considerado beneficiário titular:

- a) O(s) sócio(s) com vínculo ativo na pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- b) O(s) empregado(s), ativo(s), celetista ou estatutário, que tenham sido vinculados a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- c) Os administradores da pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- d) Os trabalhadores temporários.
- e) Os estagiários e menores aprendizes.

2. Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, como beneficiário dependente, o grupo familiar do beneficiário titular, até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro, dependendo sempre da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

3. O **CONTRATANTE** deverá no momento da contratação apresentar toda documentação que comprove a sua legitimidade, bem como a condição de elegibilidade de cada beneficiário inscrito.

4. Serão considerados beneficiários dependentes as pessoas descritas abaixo com comprovada vinculação de tal condição com o beneficiário titular.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

- a) Cônjuge.
- b) Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos.
- c) Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, quando comprovadamente cursando faculdade.
- d) Filhos (as) solteiros (as) inválidos (as) / cônjuges inválidos (mediante comprovação de dependência pelo INSS).
- e) Equipara-se ao cônjuge, a companheira ou companheiro que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil.
- f) Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos e o reconhecidos conforme Lei Civil.
- g) Equiparam-se aos filhos legítimos, mediante apresentação da Declaração do Imposto de Renda o menor que, por decisão judicial esteja sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.
- h) Filhos (as) de beneficiários nascidos na vigência deste contrato.
5. A inclusão ou manutenção de qualquer dependente dependerá obrigatoriamente da participação do beneficiário titular no contrato de Plano de Assistência à Saúde.
6. O cadastro de beneficiários será realizado até o dia 15 (quinze) de cada mês, devendo sua inclusão se dar no primeiro dia útil do mês subsequente.
7. O **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação dos beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre a titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à **CONTRATADA**, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.
8. Os documentos obrigatórios que deverão ser apresentados no ato da contratação são:

Avenida Rio Branco, 258, Centro - CEP 17.800-000 - Adamantina-SP  
Tel (18) 3502-4600 Fax (18) 3502-4600  
[unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br) [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)

**ANS - nº 31.194-4**



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)**  
**Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) ANS nº 31194-4**

- a) Cópia do CPF e RG de todos os beneficiários titulares.
- b) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes maiores de 18 anos.
- c) Cópia do CPF e RG de todos os dependentes menores de 18 anos, caso portadores. Eventual ausência de documentação citada, é indispensável a apresentação e fornecimento de cópia da certidão de nascimento.
- d) Em caso de inclusão de cônjuge ou companheiro(a), cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável.
- e) Comprovante de residência atualizado, preferencialmente através de conta de telefone fixo.
9. Caberá ao **CONTRATANTE** comprovar a condição de elegibilidade de cada beneficiário inscrito neste contrato através de documentação pertinente.
10. O **CONTRATANTE** deverá comunicar por escrito ou por meio magnético à **CONTRATADA**, até o dia 15 (quinze) de cada mês, qualquer alteração de inclusões ou exclusões de beneficiários no presente contrato, sendo as novas condições válidas a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da alteração.
11. Por se tratar de um contrato em pré-pagamento, em caso de exclusões posteriores a data limite apresentada no item anterior, será gerada a cobrança integral da contraprestação referente ao beneficiário cuja exclusão foi requerida referente ao mês subsequente, sendo-lhe assegurada a cobertura contratual até o fim do mesmo mês.
12. Os filhos de beneficiários titulares ou dependentes nascidos na vigência deste Contrato, em parto coberto pela operadora, ou seja, após o cumprimento pelo beneficiário do período de carências de 300 dias, será assegurada a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)**  
**Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)** **ANS nº 31194-4**

13. Os filhos de beneficiários titulares ou dependentes, nascidos na vigência deste Contrato, em parto coberto pela operadora, ou seja, após o cumprimento pelo beneficiário do período de carências de 300 dias para parto, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente assim como incidência de cobertura parcial temporária ou agravo, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como será garantida sua inscrição sem carência desde que ocorra em até 30 (trinta) dias da data do nascimento vigorando a partir desta data a obrigação de pagar a respectiva mensalidade. Em caso de parto ocorrido sem cobertura da operadora, ou durante o período de carência para parto, o recém nascido aproveitará os períodos de carência já cumpridos por seu titular, sendo submetido aos períodos ainda a serem cumpridos.

14. Os filhos adotivos ou aqueles que estiverem sob o regime de guarda provisória ou definitiva menores de 12 (doze) anos, quando inscritos no prazo de 30 (trinta) dias contados da sua adoção formal ou concessão de guarda provisória ou definitiva, aproveitarão os prazos de carência já cumpridos por seu titular, devendo ser submetido aos períodos ainda remanescentes.

15. Caso a inscrição seja requerida após o prazo de 30 (trinta) dias contados do nascimento, adoção ou guarda provisória, ou tenha a criança nascido fora da vigência deste contrato ou durante o cumprimento de períodos de carência em parto não coberto pela **CONTRATADA**, vigorarão para o inscrito os prazos de carências estabelecidos no item "Períodos de Carência".

### **TEMA III - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

1. A prestação da assistência médica ora contratada assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, no termos do artigo 10 "caput" da Lei nº 9.656/98, oferecendo cobertura assistencial da segmentação ambulatorial + hospitalar, com obstetria do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## **2. Os atendimentos serão realizados da seguinte forma:**

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, entre os cooperados da **CONTRATADA**, ou nos serviços de emergências próprios ou contratados, exceto nos casos de urgência ou emergência, ressalvada nestes casos as condições estabelecidas no artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98.
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados, exceto nos casos de urgência ou emergência, ressalvada nestes casos as condições estabelecidas no artigo 12, inciso VI, da lei nº 9.656/98.
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente, preferencialmente cooperado, através da guia da **CONTRATADA**.
- d) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência no presente contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, respeitadas as condições deste contrato, da lei nº 9.656/98 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- e) Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, **respeitados os critérios de credenciamento estabelecido pela CONTRATADA**.
- f) Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente, preferencialmente vinculado a **CONTRATADA**.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

f.1) São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

g) Cobertura para atendimentos referentes a planejamento familiar previstos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde.

h) Cobertura assistencial para médico anestesologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, desde que haja indicação clínica para tanto.

i) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

j) Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

k) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com a segmentação contratada.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: unimedadamantina@unimedadamantina.com.br**  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

l) Cobertura para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional e acidentes do trabalho, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Para fins de cobertura, entende-se como saúde ocupacional, o tratamento de "doenças profissionais" como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho.

### **3. A cobertura ambulatorial garante:**

a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, devidamente habilitado e credenciado da **CONTRATADA**, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação, salvo aqueles excluídos pelo item "Exclusões de Cobertura".

c) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

d) Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo credenciados da **CONTRATADA**, com o número limitado de sessões, por especialidade, constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente.

e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número limitado de sessões, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado e credenciado da **CONTRATADA**, mediante indicação do médico assistente.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

f) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados e pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta credenciados da **CONTRATADA**, mediante indicação do médico assistente.

g) Cobertura das ações de planejamento familiar listados e pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

h) Cobertura para hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.

i) Cobertura para quimioterapia oncológica ambulatorial, ou seja, aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência, desde que previstos em lei e/ou Resolução Normativa da ANS e/ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e não excluídos em lei, regulação da ANS ou por este contrato.

j) Cobertura para procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial desde que previstos em lei e/ou Resolução Normativa da ANS e/ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e não excluídos em lei, regulação da ANS ou por este contrato.

k) Cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, ou seja, aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial desde que previstos em lei e/ou Resolução Normativa da ANS e/ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e não excluídos em lei, regulação da ANS ou por este contrato.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)**  
**Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) ANS nº 31194-4**

l) Cobertura para hemoterapia ambulatorial.

m) Cobertura para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas e previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

#### **4. A cobertura hospitalar garante:**

a) Cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar, vedada à limitação de prazo, a critério do médico assistente.

b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização. Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

c) Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

c.1) As despesas assistenciais com doadores vivos;

c.2) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c.3) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

c.4) As despesas com captação, transporte e captação dos órgãos.

c.5) Os beneficiários deste contrato candidatos a transplantes de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

Avenida Rio Branco, 258, Centro - CEP 17.800-000 - Adamantina-SP  
Tel (18) 3502-4600 - Fax (18) 3502-4600  
[unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br) [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)

ANS - nº 31.194-4





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

c.6) 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.

c.7) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o beneficiário receptor.

d) Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico assistente.

e) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

f) Cobertura de despesas de hotelaria e alimentação disponibilizada pela entidade hospitalar de 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade ou com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

g) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação em ambiente hospitalar do beneficiário.

h) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença 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, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

i) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

j) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, não estética, e que necessitem de ambiente hospitalar, realizado por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

k) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

l) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.

I.1) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD.

I.2) quimioterapia oncológica ambulatorial.

I.3) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

I.4) hemoterapia.

I.5) nutrição parenteral ou enteral.

I.6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

I.7) embolizações previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

I.8) radiologia intervencionista.

Avenida Rio Branco, 258, Centro CEP 17.800-000 Adamantina-SP  
Tel (18) 3502-4600 Fax (18) 3502-4600  
[unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br) [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)

**ANS - nº 31.194-4**





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

l.9) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

l.10) procedimentos reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

m) Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98.

n) A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgão e funções, desde que previstos em lei ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, salvo aqueles casos ocorridos fora da vigência deste contrato, onde será aplicada as regras da cobertura parcial temporária e/ou agravo.

#### **5. A cobertura hospitalar com obstetrícia garante:**

a) Toda a cobertura da segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

b) Cobertura de 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, assim considerado as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto ou data da adoção, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.



UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

#### TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Fica expressamente ajustado entre as partes, uma vez que se trata o presente de contratação assistencial básica, que a CONTRATADA não se responsabilizará pela prestação dos serviços de qualquer tipo de internação, taxas, procedimentos, exames, materiais, honorários profissionais e medicamentos abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual e nem aqueles não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, disponível para livre consulta no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), salvo se estes vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS através de suas atualizações.

A) TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELES QUE:

A.1) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;

A.2) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO); OU

A.3) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA/MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL).

B) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRURGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM.

C) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL.

D) TRATAMENTO DE REJUVENECIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, COSMÉTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU HOLETARIA EM SPA'S OU CLINICAS DE EMAGRECIMENTO, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS; RESSALTA-SE PARA APLICAÇÃO DESTE ITEM OS CASOS COBERTOS PARA OBESIDADE MÓRBIDA.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

**E) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS.**

**F) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR.**

**G) ATENDIMENTOS, PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL, MESMO NOS CASOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA.**

**H) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO AMBULATORIAL.**

**I) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES, BEM COMO CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO.**

**J) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.**

**K) TRATAMENTOS EM CLÍNICAS PARA EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.**

**L) CONSULTAS, ATENDIMENTOS OU VISITAS DOMICILIARES DE QUALQUER NATUREZA, MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.**

**M) TRANSPLANTES, À EXCEÇÃO DE CÓRNEA, RIM E AUTÓLOGOS, DESDE QUE PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES.**

**N) QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA INTRA-TECAL OU QUE DEMANDE INTERNAÇÃO.**



UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) ANS nº 31194-4

O) RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.

P) ATENDIMENTO EM PRESTADORES DE SERVIÇOS (HOSPITAIS, AMBULATÓRIOS, CONSULTÓRIOS, LABORATÓRIOS, ETC.) LOCALIZADOS FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA ORA CONTRATADA OU FORA DA REDE CREDENCIADA DA CONTRATADA, BEM COMO AQUELES HOSPITAIS CONSIDERADOS DE ALTO CUSTO E/OU QUE POSSUEM TABELA DE VALORES PRÓPRIA, DIVERGENTE DAQUELA TABELA DE VALORES PRATICADA PELA CONTRATADA, TAIS COMO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL ALEMÃO OSVALDO CRUZ, HOSPITAL SANTA IZABEL, HOSPITAL SAMARITANO, HOSPITAL DO CORAÇÃO, HOSPITAL PRO-MATRE - PAULISTA E BELA VISTA, HOSPITAL NOVE DE JULHO, HOSPITAL SÃO CAMILO POMPEIA, HOSPITAL SABARÁ-PS INFANTIL - CONSOLAÇÃO, HOSPITAL SÃO LUIZ, HOSPITAL SANTA JOANA, SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA/BRASILEIRA HOSPITAL ALFERT EINSTEN, HOSPITAL REAL BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA E BENEFICÊNCIA.

Q) CIRURGIA REFRACTIVA NÃO PREVISTA NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

R) QUAISQUER PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÊUTICOS E EXAMES NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, DIVULGADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES, CONFORME ASSIM DISPÕE O ARTIGO 10, PARÁGRAFO 4º DA LEI FEDERAL 9.656/98 E O ARTIGO 4º, INCISO III, DA LEI FEDERAL 9961/2000, VEZ QUE TRATA DE CONTRATAÇÃO ASSISTENCIAL DE COBERTURA BÁSICA.

S) MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA CASOS DE TRANSPLANTES.

T) EXAMES PARA UTILIZAÇÃO DE PISCINAS EM CLUBES ESPORTIVOS, GINÁSTICAS E PRÁTICAS ESPORTIVAS.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

**U) PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, CONSIDERANDO QUE NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL.**

**V) PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE OCUPACIONAL NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, NA ÉPOCA DE SUA OCORRÊNCIA.**

#### **TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO**

1. Este contrato é valido a partir da data de sua assinatura.
2. Este contrato é valido pelo período mínimo de 12 (doze) meses.
3. Após o período de mínimo de vigência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.
4. Não haverá cobrança de taxa no ato da renovação contratual.

#### **TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

1. Os períodos de carências passarão a contar a partir da data do ingresso do beneficiário ao plano.
2. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos beneficiários são os seguintes:
  - a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, devidamente comprovados em declaração do médico assistente.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

b) 24 (vinte e quatro) horas para os demais atendimentos de urgência ou emergência (definidos no tema específico), cujo atendimento, nestes casos, limitará a obrigação da **CONTRATADA** pelo custeio das despesas das 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial. Caso ocorra a necessidade de internação do beneficiário após o atendimento ambulatorial, as despesas daí decorrentes passam a ser de responsabilidade do **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus ou responsabilidade a **CONTRATADA**.

c) 30 (trinta) dias para Consultas e para os exames simples. São considerados exames simples, todos aqueles exames sem grau de complexidade em sua realização e que não estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como Procedimentos de Alta Complexidade e não considerados especiais pela ANS.

d) 90 (noventa) dias para fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, atendimento nutricional e pequenos procedimentos ambulatoriais, se realizados em nível ambulatorial sem anestesia ou somente com anestesia local, desde que não sejam necessários equipamentos especiais e estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

f) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

3. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## **TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

1. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº. 9.656/1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº. 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº. 162/2007.

2. O beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº. 9.656/1998.

3. Para informar a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, o beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

4. O beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

5. Caso o beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente) opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: unimedadamantina@unimedadamantina.com.br**  
**Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) ANS nº 31194-4**

6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7. É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário (titular e dependentes - ou se incapaz quem o represente), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

9. 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

11. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

12. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

13. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

14. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

15. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

16. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

17. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário (titular e/ou dependentes), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

18. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

19. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de Doença e Lesão Preexistente.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

20. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

21. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

22. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário titular ou qualquer outro beneficiário vinculado ao contrato, maior e capaz, da constatação da Doença e Lesão Preexistente pela **CONTRATADA**, bem como o presente contrato poderá ser unilateralmente rescindido.

23. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

24. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

#### **TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

1. São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, caracterizados por declaração do médico assistente e são casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

2. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela **CONTRATADA**, na modalidade prevista neste contrato, devendo para tanto, identificar-se como beneficiário, apresentar a carteira de identificação e cédula de identidade.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: unimedadamantina@unimedadamantina.com.br**  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

3. Para o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, a cobertura será garantida, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato e inclusão do beneficiário.

4. Depois de cumprido os períodos de carência estabelecidos na cláusula específica, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do beneficiário até a sua alta, bem como para aqueles atendimentos necessários para a preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, respeitada a segmentação contratada e os termos do presente contrato.

5. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de beneficiário em cumprimento de carências para procedimentos obstétricos, a **CONTRATADA** estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

6. Em casos de atendimentos de urgência ou emergência em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária (CPT), e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados ou decorrentes de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), a **CONTRATADA** estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitado até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

7. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

Avenida Rio Branco, 258, Centro - CEP 17.800-000 - Adamantina-SP

Tel (18) 3502-4600 Fax (18) 3502-4600

unimedadamantina@unimedadamantina.com.br [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)

**ANS - nº 31.194-4**





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

8. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

9. O beneficiário terá direito a remoção inter-hospitalar terrestre comprovadamente necessária dentro do limite territorial de abrangência do contrato e em território nacional brasileiro. Terá direito também a remoção nos casos de urgência e emergência depois de realizado o atendimento classificado como tal (urgência e emergência), quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, para outro estabelecimento hospitalar credenciado da **CONTRATADA**, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território nacional.

10. O beneficiário terá direito a transferência inter-hospitalar terrestre para unidade do SUS neste plano em caso de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, ou internação durante o período de cumprimento de carências, com cobertura do atendimento de urgência e emergência para qualquer dos eventos citados nesta cláusula limitada às 12 (doze) primeiras horas a nível ambulatorial para os atendimentos que necessitem de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade.

11. Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e a unidade prestadora do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

12. Caberá a operadoras o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviços de emergência, visando a continuidade do atendimento, desde que atestada a possibilidade e condições do paciente para tanto por médico assistente.

13. Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro da unidade SUS.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

14. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

15. Nos casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo beneficiário (titular ou dependente), conforme artigo 12, inciso VI da Lei nº. 9.656/98, este terá direito ao reembolso das despesas médicas decorrentes, nos moldes e limitados aos valores atribuídos pela **CONTRATADA** aos serviços prestados, materiais, medicamentos e correlatos, tendo como base a Tabela de valores referência da **CONTRATADA** praticados junto de seus prestadores credenciados.

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

a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.

b) Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.

c) Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.

d) Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

17. O prazo de prescrição para que o beneficiário apresente os documentos acima referidos é de 01 (um) ano contados da data do evento.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: unimedadamantina@unimedadamantina.com.br**  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

1. O tema acima não se aplica ao presente contrato por este não contemplar o sistema de aberta escolha, já que o acesso dos beneficiários vinculados ao presente contrato se dá junto a gama de prestadores com vínculo de credenciamento e cooperamento com a **CONTRATADA**.

## TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Os itens inseridos na Cláusula "*Cobertura e procedimentos garantidos*" são taxativos, responsabilizando-se o **CONTRATANTE** por quaisquer outras despesas.

2. Para ter direito aos serviços contratados, o **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente), considerando-se a respectiva faixa etária, acrescida da co-participação de 30 % (trinta por cento) sobre o custo total dos serviços de consultas médicas, consultas/sessões com profissionais não médicos, inclusive fisioterapias, exames laboratoriais, exames radiológicos e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia realizados por ele próprio ou pelos seus dependentes, na fatura do mês seguinte a sua realização.

3. Haverá, ainda, co-participação de **R\$ 50,00 (Cinquenta Reais)** por dia de internação de natureza psiquiátrica, incluindo hospital-dia, após o 30º dia de internação por beneficiário/ano de contrato.

4. Entende-se como "*co-participação*", a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora, referente à realização do procedimento, não sendo considerada como contribuição a citada co-participação única e exclusivamente em procedimentos, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

5. O valor e/ou percentual referente a co-participação deverá respeitar as normativas promulgadas pela ANS.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

6. Salvo consultas, exames simples e procedimentos caracterizados como urgência e emergência, o beneficiário titular ou dependente para ter direito aos demais serviços objeto deste contrato, deverá observar a necessidade da obtenção de autorização junto a **CONTRATADA** mediante a apresentação de sua carteira de identificação de documento de identidade, sempre observado os respectivos períodos de carências ajustados no item "Períodos de Carência".
7. Somente não estarão sujeitos a pedido prévio de autorização as consultas, os exames simples e procedimentos caracterizados como urgência e emergência. Os demais serviços objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da **CONTRATADA**.
8. Para fins de atendimento, a **CONTRATADA** expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.
9. Nas consultas de rotina, o beneficiário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao beneficiário exercer a livre escolha entre os médicos cooperados da **CONTRATADA**.
10. Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.
11. Somente nas situações de urgências e emergências, o beneficiário terá direito à internação imediata, respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar, em até 02 (dois) dias úteis seguintes ao da hospitalização.
12. A **CONTRATADA** deverá, salvo intercorrências que a impeçam, emitir sua resposta a solicitação de autorização previa ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)**  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

13. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, poderão ser solicitados pelo médico assistente vinculados à sua especialidade.

14. A **CONTRATADA** disponibilizará "*Guia Médico*" escrito e disponibilizado em seu *site* com suas atualizações no endereço eletrônico [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br), onde constarão:

- a) Relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios.
- b) Relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia.
- c) Relação de serviços de urgência/emergência.
- d) Relação dos hospitais contratados e/ou próprios.

15. A inclusão como contratados ou credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência deste contrato, salvo as hipóteses reguladas pelas cláusulas seguintes combinadas com o artigo 17, seus parágrafos e incisos da lei 9.656/98.

16. É facultada a substituição pela **CONTRATADA** de entidade hospitalar dela credenciada ou contratada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores 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 eventualmente cometidas pela entidade hospitalar objeto do descredenciamento.

17. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar por vontade da operadora em razão de fraude ou infração às normas fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

18. Caso a substituição do estabelecimento hospitalar ocorra por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação do beneficiário, caberá a **CONTRATADA** arcar com a responsabilidade da transferência imediata para outro estabelecimento dela credenciado, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE**.

19. Caso o redimensionamento da rede hospitalar acarrete redução da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

20. Será garantida, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo que caso haja cobrança de honorários estes devem ser suportados pela **CONTRATADA**.

21. Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos beneficiários na área de atuação da **CONTRATADA**, esta orientará o beneficiário para atendimento em outra Cooperativa Médica UNIMED, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do beneficiário, salvo disposição normativa em sentido contrário.

22. A responsabilidade da **CONTRATADA** pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência deste Contrato, ficando sob a responsabilidade do **CONTRATANTE** o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

23. As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante os períodos de carências, serão de responsabilidade do **CONTRATANTE**.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## TEMA XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

1. O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-pagamento, ou seja, sendo o valor da contraprestação pecuniária calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas pelo presente.
2. Para ter direito aos serviços contratados, o **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA**, a mensalidade calculada em função de cada beneficiário inscrito (titular ou dependente), considerando-se a respectiva faixa etária, acrescida da co-participação prevista em cláusula específica.
3. As mensalidades serão pagas pelo **CONTRATANTE**, na forma de pré-pagamento, até o dia 15 (quinze) de cada mês a que se referir, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.
4. Os pagamentos referentes as contraprestações mensais contratadas e da respectiva co-participação serão de inteira responsabilidade do **CONTRATANTE**, vez que é vedada a **CONTRATADA** efetuar cobrança diretamente dos beneficiários, salvo nos casos de beneficiários inativos, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, ocasião em que a obrigação do pagamento passa a ser do beneficiário.
5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), correção monetária nos termos da legislação vigente, até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
6. Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste contrato são de responsabilidade da **CONTRATADA**, que se relacionará diretamente com médicos cooperados e serviços contratados. A **CONTRATADA** não autoriza qualquer acordo entre os beneficiários e os profissionais cooperados e credenciados e instituições contratadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desobediência ao presente item.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

7. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados no presente.

## **TEMA XII - REAJUSTE**

1. Todos os preços previstos neste contrato, fixados em moeda corrente do País, serão reajustados automática e anualmente na data do aniversário do presente contrato (assinatura do presente), de conformidade com os índice estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou por outro valor na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, mediante comunicação à ANS, nos termos da legislação específica.

2. Em caso de reajustamento por sinistralidade, este deverá ser complementar ao reajuste anual, devendo ser o mesmo reavaliado levando-se em conta o nível de sinistralidade da carteira, tendo por base a proporção entre as despesas assistências e as receitas diretas do plano, que deverão ser apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores a data base de aniversário do contrato, data esta considerada como o mês de assinatura do presente, a ser apurado através de negociação entre as partes contratantes caso ocorra desequilíbrio econômico-financeiro nesta contratação, mediante comunicação à ANS, nos termos da legislação específica.

3. O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses contados de seu aniversário, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniárias em razão de mudança de faixa etária, conforme disposto em cláusula específica.

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 contrato, entendendo-se esta como data base única, ressalvado caso de reajustamento em razão de avaliação de sinistralidade de trata o item 02 acima.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato, ressalvado aqueles decorrentes de variação de faixa etária.

### **TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS**

1. As faixas etárias de que trata este contrato são:

<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>	<b>PLANO "A" Enfermaria</b>	<b>PLANO "B" Apartamento</b>
0 a 18 anos	R\$ 112,42	R\$ 140,53
19 a 23 anos	R\$ 126,70	R\$ 158,39
24 a 28 anos	R\$ 147,65	R\$ 184,56
29 a 33 anos	R\$ 166,75	R\$ 208,43
34 a 38 anos	R\$ 192,12	R\$ 240,13
39 a 43 anos	R\$ 213,64	R\$ 267,05
44 a 48 anos	R\$ 256,38	R\$ 320,47
49 a 53 anos	R\$ 293,52	R\$ 366,90
54 a 58 anos	R\$ 355,61	R\$ 444,51
59 em diante	R\$ 416,10	R\$ 520,12

2. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que o beneficiário inscrito esteja enquadrado, sendo que os aumentos de preços, decorrentes da mudança de faixa etária dos beneficiários deste Contrato, dar-se-ão automaticamente no mês posterior à data de aniversário de cada beneficiário, conforme os percentuais constantes acima.

3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima, que incidirão sobre o preço pago por beneficiário inscrito e não se confundem com aquele anual decorrente de aniversário de contrato.

4. Observar-se-á que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

5. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas em razão de alteração de faixa etária do beneficiário, não poderá atingir aquele beneficiário com idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos de idade, que participa de plano há mais de 10 (dez) anos de forma sucessiva e ininterrupta na mesma operadora, ou há mais de 10 (dez) anos cumulativamente, em 02 (dois) ou mais planos, quando sucessivos e ininterruptos, na mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

6. A variação do preço da contraprestação em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

#### **TEMA XIV - BÔNUS E DESCONTOS**

1. O presente contrato não oferece bônus ou descontos.

#### **TEMA XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

1. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela **CONTRATANTE**, este e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

2. Nos casos de ex-empregados, aposentados ou demitidos quando a rescisão de contrato de trabalho ou exoneração se der sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que já contribuísse no plano contratado quando da vigência de seu contrato laboral e ainda assumindo o pagamento integral da mensalidade, conforme determinação da legislação em vigor.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

3. O período de manutenção da condição de beneficiário de ex-empregados em razão de rescisão de contrato de trabalho ou exoneração sem justa causa, deverá ser o correspondente a um terço (1/3) do tempo de permanência do ex-empregado no plano mantido pela **CONTRATANTE**, sua ex-empregadora, não podendo tal período de permanência do ex-empregado no plano mantido ser inferior a 06 (seis) meses nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua opção de permanência.

4. Em caso de aposentadoria do beneficiário titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do **CONTRATANTE**, em razão de vínculo empregatício há pelo menos 10 (dez) anos, é assegurado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando a vigência do contrato de trabalho por prazo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

5. Ao aposentado que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do **CONTRATANTE** em razão de vínculo empregatício por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

6. O disposto neste tema aplicar-se-á somente para ex-funcionários, aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa, na vigência do presente instrumento, não sendo extensivo àqueles titulares com vínculo empregatício rescindido ou aposentados anteriormente a esta contratação.

7. Aos empregados ou ex-empregados, no caso de cancelamento ou rescisão do presente contrato, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar, caso comercialize, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que solicitado tal nova contratação no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do cancelamento ou rescisão do presente, cabendo a **CONTRATANTE** (empregadora) informar ao empregado sobre tal cancelamento, ressaltando inexistir qualquer dever ou obrigação da **CONTRATADA** em efetuar tal comunicação aos beneficiários vinculados a este contrato.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

8. O ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa, para ter direito aos benefícios de que trata o presente tema, além de preencher os requisitos necessários para que lhe seja assegurado tal direito, deverá optar expressamente pela manutenção do benefício junto de sua empregadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

9. A garantia de extensão do benefício de que trata este tema é extensivo ao grupo familiar do beneficiário titular exonerado ou demitido sem justa causa, desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho.

10. Em caso de morte do beneficiário titular aposentado ou ex-empregado em razão de rescisão do contrato de trabalho ou exoneração sem justa causa, o direito de permanência é assegurado aos dependentes já inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde, pelo mesmo período correspondente a que teria direito a permanência o beneficiário titular.

11. Os beneficiários descritos neste tema cessarão quando exauridos os períodos de direito do beneficiário titular anteriormente descritos, ou quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

12. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição para fins dos benefícios deste tema, a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

#### **TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

1. É de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários titulares ou dependentes vinculados a este contrato.

2. A **CONTRATADA** somente poderá excluir ou suspender o beneficiário titular ou dependente sem a anuência da **CONTRATANTE** nas seguintes hipóteses:



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
**e-mail geral: unimedadamantina@unimedadamantina.com.br**  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

- a) Fraude, omissiva ou comissiva, em caso do fraudador ser beneficiário titular, deverão ser excluídos todos os dependentes a ele ligados no plano.
- b) Em razão de perda dos vínculos de titularidade ou dependência.
3. O beneficiário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se o **CONTRATANTE** a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à **CONTRATADA**.
4. O beneficiário perderá a condição de titular, sendo automaticamente excluído deste contrato, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a **CONTRATANTE**, nas hipóteses previstas em lei ou caso não fizer observar as condições do tema "regras para instrumentos jurídicos para planos coletivos".
5. As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE** a **CONTRATADA**, por escrito ou meio magnético, até o dia 15 (quinze) de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

#### **TEMA XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO**

1. O não pagamento da fatura mensal pelo **CONTRATANTE**, integral ou parcial, por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão do presente contrato a critério da **CONTRATADA**.
2. Este contrato ainda poderá ser rescindido a qualquer momento, quando:
- a) Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades.
- b) Por conduta fraudulenta do **CONTRATANTE** seja ela omissiva ou comissiva.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

3. Ao **CONTRATANTE** será comunicada da rescisão do presente mediante simples notificação extrajudicial.

4. Caso a **CONTRATADA** opte pela suspensão do presente contrato, esta poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso do pagamento vencido independentemente de notificação, o que desde já se declara ciente o **CONTRATANTE**.

5. Eventual suspensão dos serviços oferecidos pelo presente não afasta o direito da **CONTRATADA** em proceder a rescisão deste contrato.

6. No caso de rescisão do presente em razão do não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, de despesas tidas pela **CONTRATADA** decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.

7. O presente contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, mediante prévia notificação da parte denunciante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8. Caso o **CONTRATANTE** rescinda o presente contrato imotivadamente antes de decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, o **CONTRATANTE** se obriga a pagar a **CONTRATADA**, a título de multa, o valor correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades vincendas até que se complete o prazo de vigência de 12 (doze) meses, utilizando-se como base de cálculo a média ponderada do valor pago a título de mensalidade dos meses cumpridos de contrato no período de vigência.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

## **TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. À **CONTRATADA** 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 pelo **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

2. Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o beneficiário com vínculo junto do **CONTRATANTE** e seus dependentes, serão denominados "beneficiário", quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

3. **AS PARTES DESTACAM, DE FORMA IRRETORQUÍVEL, COM A CLAREZA DO ARTIGO 54 PARÁGRAFO 3º DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (CDC), QUE A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA LIMITA-SE À RELAÇÃO DE SERVIÇOS ENUMERADOS NO ITEM "COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS", CONSIDERANDO-SE AS CLÁUSULAS DESTES CONTRATOS, BEM COMO OS CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS SÃO TAXATIVOS PARA EFEITO DE COMPREENSÃO DOS DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS, PORTANTO, QUALQUER ESPECIALIDADE MÉDICA, PROCEDIMENTO CLÍNICO, INTERNAÇÕES, EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES NÃO EXPRESSAMENTE CITADOS NESTE CONTRATO, NA LEI Nº 9.656/98 E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES, NÃO TEM COBERTURA NESTE CONTRATO.**

4. O **CONTRATANTE** obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos beneficiários, bem como inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente até o dia 15 (quinze) de cada mês, nos termos solicitados nas normatizações vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários editados pela ANS.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

---

5. O **CONTRATANTE** expressamente declara e autoriza a **CONTRATADA** a tramitar para fins de auditoria médica e abastecimento do Prontuário Eletrônico alocado em seu Portal, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos beneficiários inscritos neste contrato, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se o **CONTRATANTE** em obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.

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

7. Os dependentes serão cadastrados na mesma acomodação do titular.

8. O **CONTRATANTE** declara pelo presente ter conhecimento de que a **CONTRATADA** é uma pessoa jurídica distinta de qualquer outra Cooperativa UNIMED, possuindo a **CONTRATADA** Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas – CNPJ, próprio e distinto de qualquer outra Cooperativa médica UNIMED, sendo composta por diretoria e estatuto próprios.



**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

09 - . Compromete-se a **CONTRATADA** a manter preservados os dados sigilosos bem como as informações assistenciais dos beneficiários inscritos neste contrato, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação relativa ao sigilo médico.

10. Todos os dados e informações eventualmente descritas e inseridas na fatura mensal, como informações de reajuste, débitos em aberto e possibilidade de rescisão ou suspensão contratual por eventual inadimplemento do **CONTRATANTE**, são investidas pelas partes contratantes de força de uma notificação extrajudicial.

#### **TEMA XIX – ELEIÇÃO DE FORO**

1. Fica eleito o Foro da sede do **CONTRATANTE** para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.





**UNIMED DE ADAMANTINA - Cooperativa de Trabalho Médico**  
CNPJ: 00.262.338/0001-11 - Avenida Rio Branco, 258 - Centro  
Telefone: 3502 - 4600 - CEP 17800-000-Adamantina/SP  
e-mail geral: [unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br)  
Home Page: [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br) **ANS nº 31194-4**

E, por assim estarem justas e contratadas, as partes, assinam o presente Instrumento de Contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

ADAMANTINA, 01 de Outubro de 2019.

CONTRATADA:

*[Handwritten signature]*  
Pedro H. Garozi Chicote  
Depto. Jurídico/Núcleo ANS  
Unimed Adamantina

UNIMED DE ADAMANTINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.  
PROCURADOR: PEDRO HENRIQUE G. CHICOTE - RG 48876700-3.

CONTRATANTE:

*[Handwritten signature]*  
CÂMARA MUNICIPAL DE ADAMANTINA

TESTEMUNHAS:

Nome:

*[Handwritten signature]*  
**Gabriel Massarelli**  
RG 47.399.428-8  
Departamento Comercial  
Unimed Adamantina

Nome:

*[Handwritten signature]*  
**Valéria Soraia Camargo**  
RG 30.612.187-6  
Departamento Comercial  
Unimed Adamantina

Avenida Rio Branco, 258, Centro CEP 17.800-000 Adamantina-SP  
Tel (18) 3502-4600 Fax (18) 3502-4600

[unimedadamantina@unimedadamantina.com.br](mailto:unimedadamantina@unimedadamantina.com.br) [www.unimedadamantina.com.br](http://www.unimedadamantina.com.br)

**ANS - nº 31.194-4**

