



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E O PRO-TRT19 - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO TRT DA 19ª REGIÃO.

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar e na melhor forma de direito, de um lado UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO., sociedade cooperativa de 1.º grau, regida pela Lei n.º 5.764/71, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 12.442.737/0001-43, estabelecida na Av. Fernandes Lima, 3113, no bairro do Farol, Maceió/AL, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Presidente Dr. Robson Jorge de Lima e por seu Diretor Comercial e Desenvolvimento Social Dr. Nilton Jorge Alves de Melo, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, e de outro lado, PRO-TRT19 -PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO TRT DA 19ª REGIÃO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 07.175.139/0001-15, estabelecida na Av. da Paz, Edifício Pontes de Miranda, nº 2076, 4º Andar, CEP 57.020-440, Centro, Maceió/AL, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social por seu Presidente do Conselho Diretor Sr. Guilherme Antônio Feitosa Falcão, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob n.º 445.5561.524-53, residente e domiciliado na Avenida Amazonas, 57, Apto. 302, Prado, Maceió-AL, e por seu Vice Presidente do Conselho Diretor Sr. Neivaldo Tenório de Lima, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob o nº 411.806.664-53 residente e domiciliado na Rua Professor Santos Ferraz, 395, poço, Maceió-AL, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE, resolvem de comum acordo celebrar este Contrato Coletivo Por Adesão, para Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA- DO OBJETO

1.1 – A UNIMED, na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, prestará aos associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE e seus respectivos dependentes e agregados inscritos neste Contrato, de acordo com a Lei n.º 9.656/98 e demais disposições normativas pertinentes, sob o regime de pagamento pré-fixada “per capita” na forma e condições pactuadas neste Contrato, assistência médica, ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, nas internações normais ou de terapia intensiva, 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 que se seguem:

1.2 – Do tipo de acomodação:

a) Básico – plano incluindo as mesmas coberturas dos serviços de assistência especificados no plano especial, em nível nacional, com acomodação em enfermaria, que envolvam todas coberturas especificadas neste Contrato.

b) Especial - plano incluindo as coberturas de despesas dos serviços de assistência médica e hospitalar, exames complementares e serviços auxiliares, em nível nacional, com acomodação em apartamento individual e banheiro privativo, que envolvam todas coberturas especificadas neste Contrato.

1.2.1 - A opção de um beneficiário, por plano que ofereça a condição de acomodação em enfermaria, não obrigará os demais dependentes e/ou beneficiário titular a fazerem igual opção. Assim, por exemplo, um titular e três de seus dependentes poderão inscrever-se no plano especial e um quarto dependente poderá se filiar ao plano básico.

1.2.2 - Quando o beneficiário que estiver no plano BÁSICO mudar para o plano ESPECIAL, cumprirá a carência de 180 dias para a nova acomodação.

CLÁUSULA SEGUNDA – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

2.1 - A prestação ou cobertura assistencial em nível nacional envolverá os atendimentos e os procedimentos seguintes:

- a) consultas médicas;
- b) atendimentos ambulatoriais;
- c) internações hospitalares em apartamentos individuais com banheiro privativo, em hospitais próprios ou conveniados pela CONTRATADA;
- d) partos, cirurgias, e cobertura para vacinas relacionadas no calendário de vacinas adotado pelo Ministério da Saúde, no programa nacional de imunização, excluídas as de finalidades terapêuticas;

e) atendimentos de emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia e todos os dias da semana;

f) serviços de diagnósticos e os seguintes exames complementares:

- I. Análises Clínicas;
- II. Angiografia;
- III. Arteriografia;

- IV. Cicloergometria;
- V. Cineangiocoronariografia;
- VI. Densitometria Óssea;
- VII. Ecocardiografia;
- VIII. Eletrocardiográficos e Teste de Holter;
- IX. Eletroencefalográficos;
- X. Eletromiografia;
- XI. Endoscopia;
- XII. Exames Citopatológicos e Anátomo-patológicos, exceto Necrópsia;
- XIII. Fluoresceinografia;
- XIV. Fonocardiografia;
- XV. Histeroscopia;
- XVI. Laparoscopia;
- XVII. Mapeamento Cerebral;
- XVIII. Medicina nuclear-radioisótopos e cintilografia;
- XIX. Polissonografia;
- XX. Prova de função pulmonar;
- XXI. Radiológicos com ou sem contraste;
- XXII. Ressonância Nuclear Magnética;
- XXIII. Tomografia Computadorizada;
- XXIV. Ultra-sonografia, sem limite de uso;
- XXV. Videolaparoscopia, inclusive tratamento cirúrgico;

g) meios especiais de tratamento:

- I. Angioplastia com uso do Stent;
- II. Ato cirúrgico de implantação de marca-passo ou de substituições de geradores, exclusivamente;
- III. Fisioterapia, *sem limite de sessões*;
- IV. Fonoaudiologia, *sem limite de sessões*;
- V. Hemodiálise e diálise peritoneal, que serão cobertas em qualquer caso de necessidade;
- VI. Ortoptia;
- VII. Procedimentos ambulatoriais como infiltrações e outros;
- VIII. Quimioterapia, incluindo-se o estimulante de leucócito, a implantação de cateter e de bomba portátil de infusão permanente com equipos e reservatório;
- IX. Radioterapia;
- X. Remoção *via aérea e/ou terrestre* inter-hospitalar, no perímetro urbano e entre as localidades abrangidas pelo serviço contratado, quando houver comprovada e expressa indicação do médico cooperado assistente, e, ainda, exclusivamente nos casos de urgência e emergência também atestada pelo médico cooperado assistente. Não serão autorizadas remoções que tenham caráter de transferência;
- XI. Urolitotripsia;
- XII. Assistência domiciliar, restrita às situações de emergência, com infraestrutura que permita atendimento médico na residência do beneficiário, dispondo de médicos, enfermeiras, ambulâncias e UTIs móveis, abrangendo inclusive,

internação domiciliar a critério exclusivo da CONTRATADA, e, somente nos locais onde a Unimed possua disponibilidade do serviço.

XIII- Sessões de Reeducação Postural Global – RPG;

XIV - Sessões de Acupuntura; e

XV - sessões de aplicações para tratamento de varizes.

h) assistência em hospitais, centros médicos ou consultórios, nas seguintes especialidades médicas:

I. Alergia e Imunologia;

II Anestesiologia;

III Angiologia;

IV Bronco-esofagologia;

V Cancerologia;

VI Cardidogia;

VII Cirurgia Cardiovascular;

VIII Cirurgia de Cabeça e Pescoço e cirurgia buco-maxilo-facial;

IX Cirurgia das mãos;

X Cirurgia de miopia, hipermetropia e astigmatismo;

XI Cirurgia do aparelho digestivo;

XII Cirurgia Geral;

XIII Cirurgia Ginecológica;

XIV Cirurgia Neurológica;

XV Cirurgia Oncológica;

XVI Cirurgia Pediátrica;

XVII Cirurgia Plástica Reparadora;

XVIII Cirurgia Torácica;

XIX Cirurgia Urológica

XX Cirurgia Vascular;

XXI Citopatologia e Colposcopia;

XXII Clínica médica;

XXIII Dermatologia;

XXIV Endocrinologia e Metabologia;

XXV Endoscopia;

XXVI Fisiatria;

XXVII. Foniatria;

XXVIII Gastroenterdologia;

XXIX Genética Clínica;

XXX Geriatria;

XXXI Ginecologia e Ginecologia Infanto Juvenil;

XXXII Hematologia;

XXXIII .Homeopatia;

XXXIV. Infectologia, inclusive a AIDS, excetuando-se os medicamentos do programa do governo, a exemplo dos denominados “COQUETÉIS”;

XXXV Mastologia;

XXXVI Medicina do Trabalho;

XXXVII. Medicina Intensiva;

XXXVIII Medicina Nuclear;
 XXXIX. Medicina Ortomolecular;
 XL. Medicina Tropical, inclusive as doenças infecto-contagiosas;
 XLI. Nefrologia, inclusive litotripsia extra corpórea;
 XLII. Neonatologia;
 XLIII. Neurocirurgia;
 XLIV. Neurologia Pediátrica;
 XLV. Neurologia;
 XLVI. Nutrologia;
 XLVII. Obstetrícia;
 XLVIII. Oftalmologia, inclusive cirurgia corretiva (miopia, catarata, facectomia) a partir de 03(três) graus em cada olho;
 XLIX. Oncologia;
 L. Ortopedia e Traumatologia, incluindo materiais e aparelhos ortopédicos (pinos, parafusos, placas, platinas, etc.);
 LI. Otorrinolaringologia;
 LII. Patologia e Patologia Clínica;
 LIII. Pediatria;
 LIV. Pneumologia;
 LV. Proctologia;
 LVI. Psiquiatria;
 LVII. Reumatologia;
 LVIII. Sexologia;
 LIX. Terapia Intensiva;
 LX. Tisiologia;
 LXI. Urologia;
 LXII. Cirurgias para tratamento de obesidade mórbida.

h.1 - As especialidades acima descritas contemplam consultas e internações.

i) internação em UTI por tempo indeterminado.

Observação: Não haverá limitação de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações, salvo na assistência relacionada a transtorno psiquiátricos.

CLÁUSULA TERCEIRA - OUTROS SERVIÇOS ASSEGURADOS

3.1 - CONTRATADA obriga-se a assegurar aos associados da TRT PRO 19, titulares e seus dependentes legais e agregados, regularmente inscritos, os serviços descritos na cláusula II deste instrumento , com as observações constantes das alíneas seguintes:

a) - A cirurgia plástica restauradora só terá cobertura contratual quando efetuada, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões que tenham sido afetadas em decorrência de acidentes pessoais, bem como nos casos de má formação congênita.

- a.1). Para os fins deste contrato, acidente pessoal é o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, causador de lesão física.
- b) - A mamoplastia será efetivada exclusivamente nos casos de gigantomastia, com comprovação de repercussão na coluna, e mediante laudo circunstanciado emitido pelo médico cooperado assistente;
- c) - Fica assegurado a cobertura para os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, bem como a saúde ocupacional dos associados titulares;
- d) Fica assegurada a cirurgia plástica reparadora em órgãos, membros e regiões que tenham sido afetados em decorrência de ressecção tumoral (neoplasia);
- e) Fica estabelecido que a operadora CONTRATADA pagará ou reembolsará, nos casos e condições previstas neste contrato, as despesas decorrentes de hospitalização, relativas aos seguintes serviços:
- I. diárias de hospitalizações;
 - II. serviços dietéticos;
 - III. taxas de internação, sala de operação, de parto e/ou gesso, inclusive material;
 - IV. medicamentos utilizados, inclusive os de origem estrangeira, quando necessários;
 - V. serviços gerais de enfermagem;
 - VI. exames complementares especializados, definidos na alínea “f” da cláusula II, em qualquer circunstância, para diagnóstico, controle, tratamento e evolução da doença que motivou a internação, até a alta hospitalar;
 - VII. transplantes de córnea e rim, bem como a cobertura das despesas com seus procedimentos vinculados;
 - VIII. medicamentos, anestésicos, oxigênio, material de curativos, transfusão de sangue e seus derivados, soluções parenterais(NPT);
 - IX. acomodação e alimentação para acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos;
 - X. Nutrição enteral e parenteral;
 - XI. Monitoragem fetal durante o trabalho de parto;
 - XII. Teste do pezinho (PKU e T4).

CLÁUSULA QUARTA - DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

4.1 - Tendo em vista que não haverá restrições para a absorção dos beneficiários, fica estabelecido que, no tocante às doenças e lesões pré-existentes serão elas cobertas conforme resolução aprovada pelo CONSU (Conselho de

Saúde Suplementar) e posteriores regulamentações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.2 - No que concerne aos tratamentos de transtornos psiquiátricos, ficam resguardados:

- a) O atendimento às emergências;
- b) A psicoterapia de crise, com duração máxima de 12 (doze) semanas, e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato;
- c) Número ilimitado de consultas;
- d) Internação durante 30 dias/ano em hospital psiquiátrico, nos casos de crise; e
- e) Internação durante 15 dias/ano em caso de intoxicação ou abstinência provocados por dependência química, inclusive alcoolismo, utilizando-se os critérios da Organização Mundial de Saúde.

4.2.1 - Obriga-se a CONTRATADA dar atendimento para tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados no CID- D 10 de acordo com a Lei 9656/98 e suas alterações, bem como as resoluções e normas complementares do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUINTA- DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 - Fica estabelecido que os serviços excluídos da presente prestação são os seguintes:

- ? Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- ? Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; assim definido pela autoridade competente;
- ? Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- ? Inseminação artificial;
- ? Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- ? Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;
- ? Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- ? Procedimentos odontológicos;
- ? Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ? Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- ? Serviços prestados ou requisitados por médico não cooperado ou estabelecimento não credenciado pela UNIMED, exceto os exames e procedimentos solicitados pelos médicos do TRT;
- ? Cirurgias para promoção ou correção de esterilidade;

- ? Serviços, exames e tratamentos não disponíveis na área geográfica de abrangência deste Contrato, constante na Proposta de Admissão, na data da assinatura do Contrato;
- ? Fornecimento de materiais importados não nacionalizados;
- ? Aviamento de óculos e lentes;

- ? Remoção de pacientes fora da área geográfica da cobertura contratual;
- ? Remoção após alta hospitalar ou por simples vontade do usuário, sem imperativo de ordem médica;
- ? Enfermagem em caráter particular na residência ou em hospital.
- ? Permanência hospitalar após a alta médica;
- ? Vacinas ou medicamentos, salvo nos casos de internação ou utilizados no atendimento de urgência/emergência;
- ? Atendimento nos casos de cataclismos, guerras, acidentes causados por radiações, emanções nucleares ou ionizantes e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- ? Transplantes, inclusive autólogo, exceto córnea e rim;
- ? Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;
- ? Procedimentos de tratamento com psicólogo;
- ? Especialidades ou procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovados pela ANS;
- ? Procedimentos Odontológicos e quaisquer outros decorrentes, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial, que necessitem de ambiente hospitalar;
- ? Aluguel de equipamentos hospitalares ou similares e despesas extraordinárias do usuário, não relacionadas com o tratamento, e/ou de acompanhante, em casos de internação hospitalar;
- ? Exames ou outros procedimentos realizados durante internação em que o usuário não teve cobertura contratual;
- ? Medicação para pacientes após alta hospitalar, inclusive, para manutenção de doentes transplantados;
- ? Cobertura para exames admissionais, demissionais e periódicos.

CLÁUSULA SEXTA: DOS BENEFICIÁRIOS

6.1 - Os beneficiários estão assim definidos:

a) BENEFICIÁRIOS ASSOCIADOS TITULARES: Magistrados, Servidores do Quadro Permanente, ativos e inativos, requisitados, comissionados, pensionistas e aposentados vinculados exclusivamente ao TRT da 19ª Região.

b) BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

- 1 - cônjuge;
- 2- companheiro(a) designado(a) que comprove união estável como entidade familiar;
- 3- filho ou enteado:
 - 3.1 solteiro até 21 anos, sem economia própria;
 - 3.2 solteiro de 21 a 24 anos, comprovadamente estudante de curso regular de 3º grau, sem economia própria;
 - 3.3 solteiro de qualquer idade, quando portador de necessidades especiais, sem economia própria;
- 4 - menor tutelado ou sob guarda, sem economia própria, que, mediante termo de guarda judicial ou tutela, viva na companhia e às expensas de beneficiário-titular e conste como dependente na declaração do Imposto de Renda;
- 5- pais que, viva sob a dependência econômica do beneficiário titular e conste como dependente na declaração do Imposto de Renda;
- 6 - irmão solteiro, portador de necessidades especiais, ou interditado por alienação mental, sem economia própria, que viva sob a exclusiva dependência econômica do associado e conste como dependente na declaração do Imposto de Renda.

c) BENEFICIÁRIOS AGREGADOS:

- 1-Pai, mãe, madrasta, padrasto, cônjuge, companheiro ou companheira dos beneficiários principais, que não preencham as condições de dependentes legais/econômicos;
- 2-Filhos e enteados, que não preencham as condições de dependentes legais/econômicos;
- 3-Irmão ou irmã, neto ou neta, sobrinho ou sobrinha, tio ou tia.

CLÁUSULA SETIMA - DA INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

7.1 - No início da vigência do contrato, o CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA a relação de todos os beneficiários definidos neste contrato, cadastrados em seus registros, para efeito de inscrição inicial.

7.2 - A CONTRATADA obriga-se a incluir qualquer novo beneficiário associado titular, seus dependentes legais e agregados, bem como proceder às exclusões decorrentes de qualquer fato gerador, em até **30 (trinta) dias da data do evento** (admissão, inclusão, exoneração, falecimento, etc., conforme o caso), observando-se, para a efetivação da segunda hipótese, qual seja, a exclusão, e a

consequente isenção de responsabilidade, as seguintes providências a cargo do CONTRATANTE:

a) Comunicação à CONTRATADA, por escrito, dos casos em que o beneficiário, por qualquer motivo, vier a perder as condições exigidas para tanto, no presente termo de Contrato.

b) Recolhimento e posterior devolução das carteiras de identificação, com comunicação incontinenti à CONTRATADA acerca de eventuais dificuldades na execução deste mister, ficando estabelecido que a não efetivação de aludidas providências acarretará o pagamento, pelo CONTRATANTE, de eventuais despesas realizadas, decorrentes do uso indevido das referidas carteiras de identificação.

7.2.1 - A inscrição dos dependentes e dos agregados, acima mencionados, far-se-á mediante o preenchimento de ficha própria fornecida pelo CONTRATANTE, constando o nome e respectiva qualificação, devidamente assinada pelo CONTRATANTE e pelo beneficiário associado titular ou, quando for o caso, pelo CONTRATANTE.

7.2.2 - A CONTRATADA fornecerá a todos os beneficiários carteira de identificação onde constará o Plano a que pertencem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará os direitos e as vantagens da presente contratação, podendo, após prévia autorização do CONTRATANTE, instituir novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

7.2.3 - A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus dependentes e agregados.

CLÁUSULA OITAVA - DO ATENDIMENTO

8.1 - Fica estabelecido que o atendimento na cidade de Maceió constará, de, no mínimo:

a) - 08 (oito) unidades hospitalares de médio e pequeno porte;

b) - 03 (duas) unidades hospitalares de 1ª (primeira) linha que ofereça atendimento de caráter eletivo e de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e uma maternidade com UTI neo-natal;

Observação: As unidades hospitalares de 1ª linha em Maceió são: Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Arthur Ramos e Hospital Unimed Pronto-Atendimento.

c) - 25 (vinte e cinco) laboratórios;

d) - 06 (seis) centros radiológicos.

8.2 - O atendimento nas demais capitais do país constará de, no mínimo, de 02(dois) hospitais de 1ª (primeira) linha que ofereça atendimento de caráter eletivo e de urgência ou emergência, centro cirúrgico, UTI geral e uma maternidade com UTI neo-natal, envolvendo os serviços de diagnósticos, meios especiais de tratamento, e o exames complementares discriminados no objeto do presente termo de referência.

8.3 - O atendimento aos beneficiários será efetuado mediante apresentação da carteira de identificação fornecida pela CONTRATADA, válida para atendimento em todo o território nacional, juntamente com o documento de identidade oficial.

CLÁUSULA NONA - DA CARÊNCIA E DA TRANSFERÊNCIA DE PLANO.

9.1 - Fica estabelecida a ausência de carência para os beneficiários inscritos no prazo de **45(quarenta e cinco) dias** da efetivação do presente contrato, para quaisquer eventos cobertos pelos planos.

9.2 - Os beneficiários associados titulares, e seus respectivos dependentes e agregados, que ingressarem no quadro do TRT da 19ª Região e preencham a ficha de filiação ao PRO-TRT19, bem como os filhos nascidos na vigência deste Contrato, não estarão sujeitos às carências se forem incluídos no prazo de **30 (trinta) dias** a contar de sua entrada em exercício, casamento ou do respectivo nascimento.

9.3 - Após o decurso do prazo estipulado nesta cláusula, os beneficiários associados titulares, seus dependentes e agregados estarão sujeitos aos prazos de carência adotados pela CONTRATADA, observando-se a legislação específica.

9.4 - A transferência de planos estará sujeita às carências estipuladas na proposta da CONTRATADA, observando-se os preços de cada plano e a legislação específica.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS REDES DE ATENDIMENTO E DO PROCEDIMENTO PARA CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES COMPLEMENTARES E INTERNAÇÕES

10.1 - REDES DE ATENDIMENTO : Os serviços serão prestados em rede própria ou credenciada de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, disponíveis, no mínimo, em todas as capitais do país.

10.2 - CONSULTAS MÉDICAS: O beneficiário marcará diretamente com o médico credenciado, consulta médica, apresentando, por ocasião da consulta a carteira de beneficiário juntamente com o documento de identidade oficial, assinando uma única vez a planilha de consulta.

10.3 - EXAMES COMPLEMENTARES: O beneficiário, após obter junto ao médico a Guia de Exame, procurará o serviço de direito do Plano em que estiver inscrito e confirmará a realização do exame com a sua assinatura. No caso de exames especiais o beneficiário obterá junto à CONTRATADA, a devida autorização.

10.4 - INTERNAÇÕES ELETIVAS: O beneficiário, apresentará à CONTRATADA o pedido de internação dado pelo médico da rede, para autorização.

10.5 - INTERNAÇÕES URGENTES E EMERGENCIAIS: O beneficiário, nos casos de urgência e emergência, procurará o hospital da rede credenciada, mais próxima, com a carteira de beneficiário juntamente com o documento de identidade, sendo que, no primeiro dia útil imediatamente após a internação, providenciará, junto à CONTRATADA, a Guia de Internação. No caso de internação onde não seja possível o uso de hospital credenciado, o beneficiário apresentará os recibos dos honorários médicos, exames e conta hospitalar discriminada à CONTRATADA, para ser reembolsado do valor gasto de acordo com os parâmetros adotados na cláusula a seguir mencionada.

10.6 - Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário não puder ser atendido pela rede própria ou credenciada, poderá utilizar-se dos serviços não exclusivos ou não credenciados, sendo depois reembolsado das despesas realizadas conforme os critérios adotados na cláusula seguinte.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DO REEMBOLSO

11.1 - Para a efetivação do reembolso em qualquer das condições previstas neste termo de referência, o beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos originais:

- a) relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) conta hospitalar discriminada, incluindo relação de material e medicamentos usados, anexada à Nota Fiscal devidamente quitada;
- c) recibos de honorários dos médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas, e outros, discriminando as funções e o evento a que se refere, bem como CRM e CPF.

11.2 - Os reembolsos obedecerão aos seguintes parâmetros:

- a) – caso ocorra a situação em que a operadora não disponha de rede médica, hospitalar, laboratorial e de serviços complementares, credenciada ou própria, nas localidades abrangidas geograficamente por este termo de referência, a mesma deverá assegurar aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas, no

prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contados da apresentação dos documentos em seus escritórios.

b) - Nos casos de urgência/emergência comprovada, a CONTRATADA ficará obrigada a reembolsar as consultas clínicas, exames laboratoriais e complementares, no limite de 03 (três) vezes a Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira de 1992, e a reembolsar integralmente as despesas hospitalares aos beneficiários associados titulares e seus beneficiários dependentes e agregados, nas instituições de livre escolha.

c) – nos casos de livre escolha, o reembolso será efetuado na base da tabela a seguir:

Honorários Médicos	Consultas Médicas	Pequenos Procedimentos	Exames Complementares	Despesas Hospitalares
1,5 vezes T.AMB/92	1,5 vezes T. AMB/92	1,5 vezes T. AMB/92	1 vezes T.AMB/92	1 vezes Tabela praticada pela operadora

11.2.1 – Para efeito de reembolso o valor do coeficiente de honorários será o utilizado pela **CONTRATADA** para pagamento de seus cooperados e prestadores de serviços.

11.3- Os reembolsos de que trata este item serão efetuados no prazo de **15 (quinze) dias úteis**, a partir da data da entrega da documentação completa nos escritórios da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - VIGÊNCIA

12.1 - O presente ajuste terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, sendo que após este período, passará a vigorar por prazo indeterminado.

12.2 A cobertura dos serviços prevista, será proporcionada aos beneficiários regularmente cadastrados pelo CONTRATANTE, a partir da assinatura do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMATERCEIRA – DO REAJUSTE DOS PREÇOS

13.1. Os valores das mensalidades serão reajustados após o decurso de 12 (doze) meses, contados do início da sua vigência, sendo utilizado, para tanto, o Índice de Preços ao Consumidor – IPC – Saúde e Cuidados Pessoais – Coluna Total dos Serviços de Saúde – Coluna “4 A”, publicado na Revista Conjuntura Econômica da Fundação Getúlio Vargas ou, anualmente, em função de reavaliação dos cálculos

atuariais, caso o índice de sinistralidade ultrapasse o percentual de 80% (oitenta por cento).

13.2 O cálculo da sinistralidade mensal (SM), considerando a data de realização do procedimento pelo Usuário, será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{(Faturas pagas via intercâmbio) + (Reembolsos pagos) + (Despesas de materiais médicos "Órteses, próteses e outros") + Internações + SADT + Consultas}{\text{Total recebido no mês}}$$

13.3 O cálculo da média anual será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{\sum_{i=1}^{12} (SM_i)}{12}$$

13.4 Para a realização do cálculo de sinistralidade no primeiro ano de contrato, será excluída a média mensal dos três primeiros meses, devendo no cálculo da média anual de sinistralidade ser considerado tão somente a partir do quarto mês.

13.5 A UNIMED se obriga a apresentar, no ato da repactuação por sinistralidade, relatórios analíticos ou resumido, sobre a performance financeira do contrato.

13.6 A inobservância das disposições do item 13.5 impedirá a aplicação do aumento com base na sinistralidade.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO PAGAMENTO E VALOR "PER CAPITA"

14. 1 Os Usuários Titulares, mediante manifestação expressa, obrigam-se a pagar à UNIMED, mensalmente, no sistema de pré-pagamento, por si e por seus respectivos dependentes e agregados inscritos, os valores relacionados neste contrato.

14.1.1. A CONTRATANTE deverá adotar todas as providências necessárias à consignação dos valores devidos pelos Usuários Titulares em suas folhas de pagamento no Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região.

14.1.2. O valor total das mensalidades de todos os Usuários Titulares deverá ser depositado em instituição bancária indicada pela CONTRATANTE, até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês de referência.

14.2 Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, será cobrada multa de 2%(dois por cento), além de juros de mora de 0,1%(zero vírgula um por cento) ao dia de atraso.

14. 3 – O valor “per capita” para o contingente apresentado pela Contratante é conforme tabela de valores mensais dos planos a seguir:

PLANOS	VOLORES
	“per capita”
Básico (Todas as coberturas relacionadas no presente contrato + acomodação em enfermaria).	R\$81,16
Especial (Todas as coberturas relacionadas no presente contrato + acomodação em apartamento com banheiro privativo).	R\$101,46

14.4 – Fica autorizada pela CONTRATADA desconto de 3,5% (três e meio por cento) do valor **total das mensalidades** em favor do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1 - A CONTRATADA, na execução do presente contrato obriga-se a:

I. Assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme as condições estabelecidas neste termo, seus anexos, bem como nos termos da proposta apresentada;

II. Fornecer aos beneficiários as carteiras de identificação pertinentes, em que conste o Plano a que pertencem e seus nomes, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegure aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios, devendo a renovação ser feita, obrigatoriamente, antes de seu vencimento;

III. Fornecer um guia médico atualizado para cada beneficiário titular e um para cada dependente maior de 16 (dezesesseis) anos, observado seu domicílio, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de

saúde, centros, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;

IV. Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares localizados nas cidades de Maceió, Palmeira dos Índios, Arapiraca, Santana do Ipanema, São Miguel dos Campos, Porto Calvo, São Luiz do Quitunde, Atalaia, União dos Palmares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado ao CONTRATANTE, colaborar com a CONTRATADA no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;

V. Manter a rede de atendimento com credenciados, de maneira a atender aos beneficiários, devidamente identificados, em qualquer localidade do País, em todas as especialidades e procedimentos relacionados neste Contrato, ressalvada a situação prevista no inciso VIII desta cláusula;

VI. Estender a rede de credenciados a outras localidades indicadas pelo CONTRATANTE, mediante solicitação por escrito;

VII. Prestar atendimento em Maceió e nos Estados, em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios credenciados pela CONTRATADA, sem limites de utilização, inclusive em UTI e internações em geral;

VIII. Nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médica, hospitalar, laboratorial e de serviços complementares, credenciada ou própria, assegurar aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contados da apresentação dos documentos em seus escritórios;

IX. Responsabilizar-se pelo reembolso nas condições mencionadas no item anterior, nos casos de greve de médicos, próprios ou credenciados, ou de outros profissionais da área hospitalar, laboratorial ou serviços complementares;

X. Assegurar as adesões, sem qualquer carência, sem impor limite de idade, restrições ao sexo ou condições de dependência, de todos os beneficiários do plano de assistência médica em vigor, celebrado com a operadora UNIMED – Maceió, inscritos até a data da assinatura do contrato, bem como os beneficiários, posteriormente inscritos, em razão de Admissão no Quadro Permanente de Pessoal do TRT da 19ª Região e que preencha sua ficha de filiação ao PRO-TRT19 no prazo de 30(tinta) dias;

XI. Autorizar exames e procedimentos de diagnose solicitados pelos médicos do TRT, disponibilizando ao Contratante as requisições(guias de serviço) para tal mister;

XII. Cobrir os novos exames e procedimentos médicos que venham a ser homologados pelo CFM(Conselho Federal de Medicina);

XIII. Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pelo CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados;

XIV. Cumprir as disposições da Lei 9656/98 e suas alterações, bem como as normas do CONSU.

15.2 - Além dos serviços enumerados no presente contrato, fica assegurada a cobertura dos procedimentos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e exames previstos no Rol de Procedimentos divulgado pela ANS.

15.3 Os serviços não assegurados, pelo presente contrato, poderão ser realizados em custo operacional, desde que a UNIMED tenha condições de realizá-los, mediante solicitação à operadora e autorização expressa da mesma, cabendo ao contratante intermediar os acertos financeiros junto à prestadora e autorizar o desconto em folha de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

16.1 - O CONTRATANTE durante a vigência deste Contrato, compromete-se a:

a) fazer constar expressamente da ficha própria cadastral fornecida pela CONTRATADA, todas as informações solicitadas e, principalmente, os nomes e qualificações completas dos beneficiários;

b) comunicar, por escrito, à CONTRATADA, os casos de perda ou extravio do documento de identificação, no prazo de 24 horas, contados do recebimento da informação do interessado, eximindo-se assim de qualquer responsabilidade, perante aquela.

c) responder, perante a CONTRATADA, pelo pagamento de eventuais despesas realizadas, decorrentes do uso indevido do documento de identificação, até o efetivo recolhimento deste, em não se efetivando a devida comunicação;

d) orientar seus associados no sentido de que não seja desvirtuada a utilização dos documentos de identificação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

17.1 - SEGURO DE VIDA EM GRUPO – VG

17.1.1 - Aos usuários titulares inscritos, desde que em perfeito estado de saúde quando da inscrição, será assegurada cobertura por morte natural ou acidental, observadas as seguintes condições:

- I. Mensalidades em dia, sob pena de perda da cobertura.
- II. Carência de 180 (cento e oitenta) dias contados da data da sua inscrição.
- III. Limite de idade de 65 (sessenta e cinco) anos na data da inscrição.
- IV. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar à **UNIMED**:
 - a) Certidão de Óbito.
 - b) Certidão de Casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro como beneficiário.
 - c) Na falta do cônjuge, certidão de nascimento do(s) filho(s), ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com a legislação pertinente.
 - d) CIC e RG do titular falecido e do(s) beneficiário(s).
 - e) E em caso de morte acidental, também: Laudo Cadavérico, Boletim de Ocorrência e Laudo de Dosagem Alcoólica.
- V. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista enquanto perdurar.

17.1.2 - Os valores segurados para morte natural e morte acidental estão especificados, respectivamente, na Proposta de Admissão e serão corrigidos pelos percentuais que vierem a ser fixados pelos órgãos competentes para o mercado segurador.

17.2 - FUNDO DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR – FAC

17.2.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito há mais de 180 (cento e oitenta) dias, desde que as mensalidades estejam em dia na data do óbito, os usuários dependentes inscritos terão direito a cobertura dos serviços previstos neste Contrato, pelo prazo de até 03 (três) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das respectivas mensalidades.

- I. Consideram-se dependentes, aptos a participar do FAC, segundo regulamento próprio, aqueles que se enquadram no disposto na **Cláusula III** deste Contrato.
- II. Os usuários deverão, no ato da inscrição, incluir no Fundo de Assistência Complementar – FAC, a totalidade de seus dependentes. Os dependentes que forem inscritos, posteriormente, estarão subordinados

a uma carência especial de 12 (doze) meses, a partir da data do seu cadastramento, para efeito de percepção dos benefícios.

- III. Perderá, imediatamente, o direito a este benefício, o dependente que, no curso dos 03 (três) anos, vier a perder sua condição de dependência, segundo o que dispõe e limita a **Cláusula III** deste Contrato.
- IV. Os benefícios previstos nesta Cláusula ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, na forma da **Cláusula III** deste Contrato e só serão conferidos aqueles que estiverem inscritos no prazo.
- V. As carteiras/cartões de identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Assistência Complementar.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA RESCISÃO

18.1 Este contrato poderá ser rescindido a qualquer momento se:

- a) As partes infringirem as cláusulas e condições contratuais; e
- b) Atrasos na mensalidade por período superior a 60(sessenta) dias, consecutivos ou não, ensejará a suspensão dos serviços e rescisão contratual, a cada 12(doze) meses da vigência deste contrato.

18.2 Rescindido o contrato, obriga-se a CONTRATANTE a devolver a UNIMED todas as carteiras ou cartões de identificação, cessando nesta condição as responsabilidades de cobertura de atendimento pela UNIMED.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO APRIMORAMENTO

19.1 A Contratante ou seus usuários quando se sentirem prejudicados nos seus direitos contratuais, deverão formalizar por escrito suas reclamações a UNIMEDE a qual, deverá tomar as providências cabíveis e comunicar as medidas tomadas ao denunciante.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 - Não será permitida a cobrança de Taxa de Inscrição dos beneficiários.

20.2 - Não será admitida cláusula que indiquem a cobrança de franquia, limite financeiro ou percentual de co-participação do beneficiário.

20.3 Fica assegurado aos beneficiários a utilização da rede hospitalar de tabela própria nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre, Belo Horizonte e Salvador, conforme a relação dos hospitais abaixo relacionados. Poderão ser utilizados outros hospitais de tabela própria mediante acordo prévio entre as partes ou que pratiquem preços semelhantes aos hospitais indicados abaixo:

SÃO PAULO:

Beneficência Portuguesa
Hospital CEPACO

RIO DE JANEIRO:

Hospital São José
Hospital Santa Lúcia
RECIFE:

Hospital Santa Joana
Hospital Português
Memorial São José

PORTO ALEGRE:

Hospital São Lucas
Hospital Mãe de Deus

BELO HORIZONTE:

Hospital Semper
Hospital Madre Tereza
SALVADOR:

Hospital Espanhol
Hospital Portugues

20.3.1 O atendimento nos hospitais acima, serão executados obedecendo as seguintes situações:

- a) Internação de urgência ou de emergência pela equipe de plantão do próprio hospital, devendo comunicar à Unimed no prazo de 48 horas úteis.

b) Internação para procedimentos eletivos, exclusivamente através de médico cooperado e com prévia autorização da CONTRATADA.

20.4 – É competente o foro da Comarca de Maceió/AL, para dirimir quaisquer litígios oriundos do presente contrato.

20.5 - O presente ajuste vincula-se à proposta da CONTRATADA.

20.6 – Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a legislação aplicável à espécie, em especial as Leis 9.656/98, com as alterações posteriores, e 8.078/90.

Maceió-AL, 02 de fevereiro de 2005.

CONTRATANTE: _____

PRO-TRT19

Programa de assistência à saúde do TRT da 19ª Região

Guilherme A. Feitosa Falcão
Presidente do Conselho

Neivaldo Tenório de Lima
Vice-Presidente do Conselho

CONTRATADA: _____

UNIMED – MACEIÓ

Unimed – Maceió Cooperativa de Trabalho Médico

Dr. Robson Jorge de Lima
Diretor-Presidente

Dr. Nilton Jorge A. Melo
Diretor Comercial

TESTEMUNHAS:

1- _____
Dr. Pedro Inácio da Silva
RG nº 1273292-SSP/BA

2- _____
Wanda Godeiro dos Santos
RG nº 533661-SSP/RN

ORIGINAL ASSINADO