

TERMO ADITIVO Nº 02 AO CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

COLETIVO POR ADESÃO

As partes a seguir, de um lado, a **UNIMED Maceió - Cooperativa de Trabalho Médico**, cooperativa médica, como CONTRATADA/ADITADA, doravante denominada simplesmente UNIMED Maceió, e de outro lado, como CONTRATANTE/ADITANTE, a (o) **ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO TRABALHO DA 19ª REGIÃO - ALAGOAS (ASSTRA)**, ambas já identificadas e qualificadas no Contrato ora aditado, neste ato por meio de seus representantes legais devidamente constituídos e adiante assinados, de comum acordo resolvem aditar, como de fato ora aditam, as estipulações firmadas através do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares - Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - Coletivo por Adesão e em sua Proposta de Admissão, A FIM DE ADEQUÁ-LO AO DISPOSTO NA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº. 195, EXPEDIDA PELA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR EM 14/07/09 E PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 15/07/09 E SUAS ALTERAÇÕES.

A partir da data de assinatura deste aditivo, passam a vigorar as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - CARACTERÍSTICAS:

Passam a vigor as seguintes características do Contrato ora aditado:

1.1 - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- NOME COMERCIAL DO PLANO: **UNIVIDA ESPECIAL COLETIVO POR ADESÃO**

- NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: **704030990**

1.2 - TIPO DE CONTRATAÇÃO:

- COLETIVO POR ADESÃO

1.3 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

- AMBULATORIAL MAIS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

1.4 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

- NACIONAL

1.5 - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

- Grupo de Municípios

1.6 - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

- Apartamento

1.7 - FORMAÇÃO DO PREÇO:

- Pré-estabelecido

1.8 - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

- Conforme previsto no presente instrumento contratual



[Handwritten signatures]

CLÁUSULA SEGUNDA – NATUREZA E DO OBJETO DO CONTRATO

- 2.1 Este contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações às partes e aos usuários inscritos, conforme disposição no Código Civil Brasileiro e do Código de Proteção e Defesa do Consumidor.
- 2.2 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 usuários inscritos neste Contrato, de forma continuada, os serviços de assistência médico-hospitalar de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, estritamente de acordo com a Lei n.º 9.656/98 e o Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compreendida nos termos das disposições ora ajustadas, com o pagamento nas condições aqui pactuadas e na "**Proposta de Admissão**", documento que fica sendo parte integrante deste instrumento para todos os fins de direito.

CLÁUSULA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

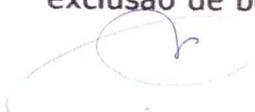
- 3.1 Somente poderão ser incluídas no contrato como USUÁRIOS PRINCIPAIS, as pessoas que possuem vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com o CONTRATANTE, o qual deverá ser devidamente comprovado, nos termos do art. 9º da Resolução Normativa nº. 195 da ANS.
- 3.1.1 São considerados USUÁRIOS TITULARES para efeito deste Contrato, aquelas pessoas naturais que, sem relação trabalhista, possuam vínculo de caráter associativo ou sindical, com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:
- a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
 - b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
 - c) Associações profissionais legalmente constituídas, desde que constituídas há pelo menos um ano;
 - d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas, desde que constituídas há pelo menos um ano;
 - e) Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, desde que constituídas há pelo menos um ano;







- f) Entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985, desde que constituídas há pelo menos um ano;
- g) Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE, desde que, da mesma forma, estejam constituídas há pelo menos um ano.
- 3.2 Serão considerados USUÁRIOS DEPENDENTES aqueles que mantenham com o TITULAR uma das seguintes relações:
- a) Cônjuge;
- b) A (o) companheira(o) que comprove união estável como entidade familiar, conforme a lei civil, bem como o (a) companheiro do mesmo sexo, situação esta a ser comprovada mediante declaração particular ou pública em cartório;
- c) Filhos e netos solteiros até 30 (trinta) anos de idade;
- d) Filhos inválidos solteiros, condição comprovada mediante declaração de médico especialista;
- e) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
- 3.3 A adesão e manutenção dos USUÁRIOS DEPENDENTES previstos nos subitens do item 3.2 deste instrumento aos benefícios decorrentes do plano de saúde ora contratado, estarão condicionadas à adesão do USUÁRIO TITULAR ao plano coletivo de assistência à saúde, bem como à manutenção do seu vínculo com a pessoa jurídica ou com o ente da administração direta ou indireta CONTRATANTE.
- 3.3.1 No caso de extinção de vínculo do usuário titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, o USUÁRIO TITULAR poderá optar pela migração para plano individual ou familiar, nos termos do item 7.8 *infra*.
- 3.4 Caberá à CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do usuário.
- 3.4.1 As novas inclusões, exclusões ou suspensões de usuários/beneficiários serão solicitadas pelo CONTRATANTE em formulário próprio e entregue na UNIMED MACEIÓ em até 20 (vinte) dias antes do vencimento da fatura, tendo os usuários inscritos direito aos serviços contratados a partir do primeiro dia útil ao vencimento da fatura, desde que não estejam sujeitos ao cumprimento dos prazos de carência previstos neste Contrato.
- 3.4.2 No caso de requerimento do CONTRATANTE para suspensão e/ou exclusão de beneficiários do âmbito de cobertura deste contrato,







deverão ser obedecidas às prescrições previstas nas cláusulas 11.2, 11.3, 11.4 e 11.5 deste aditivo.

- 3.5 Nenhuma indicação de dependente ou requerimento para exclusão ou suspensão de beneficiário terá valor se não constar da **Proposta de Admissão** ou outro documento formal de lavra do CONTRATANTE, devidamente recebida pela UNIMED Maceió, com a observância das particularidades e formalidades prescritas nos itens 11.2, 11.3, 11.4 e 11.5 deste aditivo.
- 3.6 Terá a cobertura assistencial o recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, contados do nascimento, salvo se o beneficiário titular ou o dependente ainda se encontrarem cumprindo carência, caso em que o recém nascido ou o adotivo cumprirão obrigatoriamente o restante das carências.
- 3.7 Ao filho recém nascido, natural ou adotivo, e/ou ao adotivo menor de 12 (doze) anos de idade resta assegurada a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.
- 3.8 Ao filho recém nascido, natural ou adotivo, e/ou ao adotivo menor de 12 (doze) anos de idade não poderão ser alegadas doenças ou lesões preexistentes nem exigida cobertura parcial temporária ou agravo, salvo se o beneficiário titular ou o dependente ainda se encontrarem cumprindo carência. Nesse caso, o recém nascido ou o adotivo poderão aproveitar os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular ou dependente.
- 3.9 A inclusão de filho natural ou adotivo que ocorrer na vigência deste Contrato, fora dos prazos acima mencionados, estará subordinada aos prazos de carência previstos na **Cláusula VII** deste Aditivo.

CLÁUSULA QUARTA - PAGAMENTO DE MENSALIDADE

- 4.1 Os preços dos serviços são pré-estabelecidos e estão dispostos no QUADRO EM ANEXO, de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham a ocorrer.
- 4.2 A responsabilidade pelo pagamento total das mensalidades é exclusiva da pessoa jurídica contratante.
- 4.3 O CONTRATANTE reconhece que os valores das mensalidades vencidas e não pagas em relação a toda a gama de USUÁRIOS TITULARES vinculados à CONTRATANTE, bem como seus DEPENDENTES constantes da relação inscrita na UNIMED Maceió, constituem dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a UNIMED Maceió proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste Aditivo, bem como de inscrever o nome do CONTRATANTE no cadastro de inadimplentes conforme legislação vigente.





- 4.4 A cobrança de possíveis débitos decorrentes da execução deste aditivo não será realizada diretamente em face dos USUÁRIOS TITULARES, nem tampouco em relação aos seus DEPENDENTES, devendo ser realizada exclusivamente em face do CONTRATANTE, que é a única responsável, perante a UNIMED Maceió, pelos pagamentos dos BENEFICIÁRIOS constantes da relação fornecida nos termos dos itens 3.4 e .3.5 *supra* deste aditivo.

CLÁUSULA QUINTA - REAJUSTES

- 5.1 Os valores estipulados no contrato originário passarão a ser reajustados apenas a cada 12 (doze) meses, contados desde a sua celebração, exceto em relação às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n. 9.656/98, de conformidade com a variação do IPC-Saúde. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e informado com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
- 5.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial do contrato, este será reavaliado. A Reavaliação Actuarial também só poderá ser realizada ao cabo do transcurso do lapso temporal de cada 12 (doze) meses após a celebração do contrato.
- 5.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 80% (oitenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.
- 5.2.2 Para efeito do cálculo do reajuste por sinistralidade será adotada a seguinte fórmula:

$$I_k = \left(\frac{(CA)_k}{(Sm * PI)_{k-1}} * (1 + XX) \right) - 1$$

Onde:

I_k = Índice de revisão para a mensalidade no k-ésimo período;
 $(CA)_k$ = soma dos valores apurados e reconhecidos dos prestadores de serviço por assistência médica no (k)-ésimo período para o plano revisado;
 Sm - Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato;
 PI_{k-1} = soma das mensalidades cobradas no (k-1)-ésimo período para o plano revisado;
 XX - percentual de inflação apontado pelo IPC-Saúde para o período considerado para fins de apuração de resultados.

- 5.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 5.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 5.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
- 5.4 Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos usuários, independentemente da data de inclusão destes, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente aditivo. Os reajustes

subseqüentes serão aplicados anualmente após a essa data, mesmo quando se tratar de reajuste por sinistralidade.

- 5.5** Não será considerado reajuste a alteração do rol de procedimentos e eventos em saúde previstos contratualmente ou inclusão de serviços adicionais, não obrigatórios por lei, que impliquem em nova segmentação assistencial e, portanto, em mudança do tipo contratual relativo ao de plano de saúde, hipótese na qual deverá haver nova negociação de preços, mediante aditivo contratual com a concordância de ambas as partes.
- 5.6** Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 5.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
- 5.7 Em caso de atraso de pagamento, serão acrescidos no valor da mensalidade juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito em atraso.
- 5.8 **Para os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários**, quantidade esta que será apurada anualmente na data de aniversário de cada contrato, será aplicado o percentual único de reajuste calculado para todo o agrupamento de contratos coletivos desta operadora com menos de 30 (trinta) vidas.
- 5.8.1 **A CONTRATADA divulgará em seu endereço eletrônico na internet, até o primeiro dia útil de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos agregados ao agrupamento em suas datas-base, no período de maio do ano que estiver em curso a abril do ano subsequente, bem como encaminhará a informação mediante correspondência à CONTRATANTE.**
- 5.9 Para fins de aplicação do primeiro reajuste contratual, na forma da RN nº. 309 da ANS, excepcionalmente, considerar-se-á o número de beneficiários vigente no momento da contratação.
- 5.10 A metodologia, a fórmula e os dados utilizados por esta operadora no cálculo do reajuste do agrupamento são os mesmos adotados para o cálculo do reajuste dos demais contratos, observando-se, contudo, toda a massa de beneficiários de todos os contratos do agrupamento.
- 5.11 A apuração da quantidade de beneficiários do CONTRATANTE considerará todos os planos a ele vinculados.
- 5.12 O percentual de reajuste apurado na forma acima e que incidirá sobre as contraprestações pecuniárias não está sujeito à aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 5.13 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação, **observadas as variações por faixa etária estabelecidas nos contratos.**

- 5.14** Contando o contrato com trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo não fará jus à aplicação do índice disposto acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto no contrato.

Cláusula VI - FAIXAS ETÁRIAS E FORMAÇÃO DO PREÇO

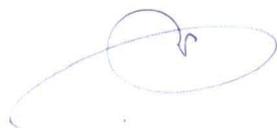
- 6.1 Os preços dos serviços ora repactuados, registrado no ANEXO deste documento, são pré-estabelecidos e estão dispostos de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham a ocorrer.
- 6.1.1 Resta pactuado que a partir da assinatura do presente termo aditivo, não haverá mais o pagamento de taxa de administração à CONTRATANTE no importe de 6% (seis por cento) sobre o valor fatura.
- 6.2 As faixas etárias são definidas conforme o quadro abaixo. Quando houver alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que caracterize a passagem para a faixa etária superior, a mensalidade será reajustada automaticamente, no mês subsequente ao aniversário do usuário, conforme os percentuais abaixo especificados em **ANEXO**.
- 6.3 Fica estabelecido que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira, bem como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 6.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.
- 6.5 No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.
- 6.6 A variação do preço em razão da faixa etária incidirá somente quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CLÁUSULA SÉTIMA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 7.1 Por se tratar de plano de saúde coletivo, as pessoas naturais que já se encontrem vinculadas ou que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora **CONTRATANTE**, bem como seus dependentes no momento da inclusão do titular, não estarão sujeitas a quaisquer períodos de carência, **desde que estas ingressem no contrato, mediante comunicação formal do CONTRATANTE, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da celebração deste instrumento.**
- 7.2 As pessoas naturais que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora **CONTRATANTE**, após o transcurso do prazo

de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato, descrito no item 7.1 *supra*, **somente poderão ser incluídas no plano objeto do presente contrato sem a exigência de períodos de carência, se a proposta de adesão for formalizada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da data de aniversário do presente contrato.**

- 7.3 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 7.1 e 7.2 *supra*, e o mesmo contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, o(a) cônjuge deste poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente se dê no prazo máximo de até 30 (trinta) dias contados da data do casamento.
- 7.4 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 7.1 e 7.2 *supra*, e ocorrer o nascimento de filho(a) seu(sua) durante a vigência do presente contrato, este(esta) poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente se dê até o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do nascimento.
- 7.5 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 7.1 e 7.2 *supra*, e adotar uma criança menor de 12 (doze) anos de idade, durante a vigência do presente contrato, esta poderá também se beneficiar da ausência de carência para utilização dos benefícios do presente contrato, desde que sua inscrição como dependente se dê até o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da adoção judicial comprovada ou da guarda provisória concedida.
- 7.6 Na hipótese do USUÁRIO TITULAR gozar da ausência de carência nos termos dos itens 7.1 e 6.2 *supra*, e desejar incluir algum ou alguns dependentes especificados na cláusula 3.2 *supra* durante a vigência do presente contrato, deverá fazê-lo, nos termos dos itens 7.3 e 7.5 *supra*, e dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do presente contrato ou de seu aniversário, para que os mesmos possam se beneficiar da ausência de carência aplicada ao titular.
- 7.7 As pessoas naturais dependentes que venham a se vincular com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato ou de seu aniversário, ficarão sujeitas aos seguintes prazos de carência, a partir dos quais serão efetivamente prestados os serviços previstos no contrato, após o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade posterior à inclusão:
- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência.
 - b) 300 (trezentos) dias para partos a termo.
 - c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.



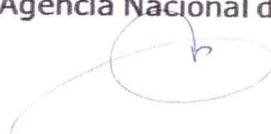




- 7.8 A UNIMED Maceió não se responsabiliza por despesas dos USUÁRIOS durante o período de carência, devendo o CONTRATANTE contratar diretamente com o prestador de serviços
- 7.9 Não se transmitirão os prazos de carência já cumpridos por um usuário para outro, mesmo que haja dependência entre eles, exceto nas hipóteses definidas para o recém nascido e o adotado previsto neste contrato.
- 7.10 No caso de morte, rescisão contratual ou quando o usuário titular que perder o vínculo de caráter associativo ou sindical, com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, previstas no item 8.1 deste contrato, e que contribuiu com o pagamento da mensalidade parcial ou integralmente, poderá no prazo de até 30 (trinta) dias contados do término do vínculo associativo ou sindical, aderir ao plano individual ou familiar junto à UNIMED, respeitada a tabela vigente para estes planos, com o aproveitamento do seu período de permanência no plano coletivo, para efeito de contagem dos prazos de carência, observadas ainda as seguintes condições:
- a) O titular no contrato do Plano Coletivo por Adesão deverá ser também o titular no contrato do Plano Individual ou Familiar.
 - b) O contrato da empresa deverá ser no plano de pré-pagamento.
 - c) O titular e seus dependentes deverão se inscrever no Plano Individual ou Família até 30 (trinta) dias após a data da sua desvinculação com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE.
 - d) A 1.^a (primeira) mensalidade deverá ser paga no ato da assinatura do novo contrato.
 - e) O usuário que optar por tipo de plano diferente do que tinha na Empresa estará sujeito às carências previstas no novo contrato.
- 7.11 Cabe ao CONTRATANTE informar os usuários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.
- 7.12 Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite de ingresso ou ao perderem a condição de solteiros, bem como os cônjuges e /ou companheiro(a) ao perderem essa condição, deverão ser transferidos para o Plano Individual/Familiar, sendo válidas para o novo plano as carências já cumpridas. Nesse caso sua mensalidade será equiparada à tabela vigente.

CLÁUSULA OITAVA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 8.1 Para o contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar em vigor.



- 8.2 As doenças e lesões pré-existentes são aquelas que o usuário, ou seu responsável, sabe ser portador ou sofredor, à época da assinatura do contrato de plano de assistência à saúde ou de sua adesão ao mesmo, o que motivará o oferecimento pela UNIMED Maceió de CPT – Cobertura Parcial Temporária ou cláusula de agravo.
- 8.3 As doenças e lesões pré-existentes somente terão cobertura contratual após o cumprimento da CPT – Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou ainda no caso de oferecimento pela UNIMED Maceió da opção de agravo e aceito pelo CONTRATANTE, depois de cumpridas todas as carências contratuais.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

- 9.1 O presente aditivo vigorará pelo período mínimo de 12 (doze) meses, a contar do de sua assinatura, e será renovado por prazo indeterminado - sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor -, desde que as partes não manifestem, por escrito e sob o protocolo da outra parte, pela sua rescisão nos 60 (sessenta) dias que antecedem o período de vigência ou de renovação do contrato.
- 9.2 Durante o prazo o aviso prévio, não será permitido qualquer movimentação cadastral no contrato.
- 9.3 Na vigência do contrato e sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE, a UNIMED Maceió poderá excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda de vínculo de titular ou de dependência.

CLÁUSULA DÉCIMA – PECULIARIDADES DO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

- 10.1 O presente plano de assistência à saúde destina-se a atender a massa de usuários com vínculo ativo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE.
- 10.1.1 A adesão é espontânea e opcional em relação às pessoas naturais que possuam vínculo com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.
- 10.2 Cabe à CONTRATANTE informar os usuários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior, mediante comunicação escrita com comprovante de entrega diretamente ao destinatário.
- 10.3 Os filhos dependentes, ao atingirem a idade limite de ingresso ou ao perderem a condição de solteiros, bem como os cônjuges e /ou companheiro(a) ao perderem essa condição, deverão ser transferidos para o Plano Individual/Familiar, sendo válidas para o novo plano as carências já cumpridas. Nesse caso sua mensalidade será equiparada à tabela vigente.

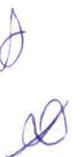
- 10.4 Serão excluídos deste Contrato os usuários titulares e dependentes que deixarem de atender às condições exigidas para inscrição, devendo o CONTRATANTE fazer a comunicação imediata através de formulário próprio da UNIMED Maceió.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 11.1 A exclusão do usuário titular cancelará, automaticamente, a inscrição de seus dependentes.
- 11.2 A morte do titular causa a rescisão do contrato e, por conseguinte, o cancelamento da inscrição de seus dependentes.
- 11.3 Cabe tão somente ao CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano objeto do presente contrato, ressalvada as hipóteses do item 11.8 deste aditivo.
- 11.4 **A UNIMED Maceió, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante comunicado formal para tal finalidade,** poderá suspender a assistência à saúde dos beneficiários e dependentes, que estiverem em atraso por mais de 60 (sessenta) dias com o pagamento da mensalidade respectiva, desde que o CONTRATANTE comprove que enviou ao referido beneficiário ou dependente inadimplente, comunicação formal dando conta de tal inadimplemento e da advertência de interrupção no atendimento, caso não seja regularizada a situação.
- 11.4.1 Na hipótese do *caput*, o CONTRATANTE deverá encaminhar à UNIMED Maceió, juntamente com o requerimento formal de interrupção no atendimento do beneficiário e/ou dependente inadimplente, cópia da notificação escrita e comprovante de recebimento pessoal da mesma, enviada pelo CONTRATANTE àquele, na qual esta informou a existência da pendência e advertiu sobre as conseqüências da não regularização do pagamento.
- 11.5 **A UNIMED Maceió, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante requerimento formal para tal finalidade,** poderá excluir os beneficiários e dependentes que impedirem ou dificultarem a realização de qualquer exame ou diligência necessária para a ressalva dos direitos da UNIMED MACEIÓ.
- 11.6 **A UNIMED Maceió, se assim solicitado pelo CONTRATANTE, mediante comunicado formal para tal finalidade,** ficará autorizada a excluir os beneficiários e dependentes, que estejam inadimplentes por prazo superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de inclusão no plano, desde que o CONTRATANTE comprove à UNIMED Maceió que realizou a notificação por escrito dos inadimplentes, informando a existência da pendência e também avisando do desligamento dos mesmos do contrato de prestação de serviços médicos até o 50º (quinquagésimo) dia.

- 11.6.1 Na hipótese do *caput*, o CONTRATANTE deverá encaminhar à UNIMED Maceió, juntamente com o requerimento formal de exclusão do beneficiário e/ou dependente inadimplente, cópia da notificação escrita e comprovante de recebimento pessoal da mesma, enviada pelo CONTRATANTE àquele, na qual a esta informou a existência da pendência e advertiu sobre o fato de que, daquele ponto em diante, o mesmo não mais poderia se utilizar dos serviços médicos previstos no contrato.
- 11.7 A UNIMED Maceió poderá excluir ou suspender a assistência à saúde decorrente do presente contrato, unilateral e automaticamente, **sem a necessidade de anuência do CONTRATANTE**, em relação aos beneficiários que incorrerem nas seguintes hipóteses:
- a) Fraudes ou práticas de ilícito penal comprovadas, praticadas pelo beneficiário titular ou seu dependente, mesmo no caso de omissão de informações sobre doenças pré-existentes ou de tentativa de, por qualquer outro meio, tentar obter vantagens indevidas durante a execução deste Contrato.
 - b) Por perda dos vínculos previstos nos itens 3.1 e 3.2 deste aditivo, ou pela perda da qualidade de dependente.
- 11.8 No caso de morte, rescisão contratual ou quando o usuário titular que perder o vínculo de caráter associativo ou sindical, com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, previstas no item 3.1.1 deste aditivo, e que contribuiu com o pagamento da mensalidade parcial ou integralmente, poderá no prazo de até 30 (trinta) dias contados do término do vínculo associativo ou sindical, aderir ao plano individual ou familiar junto à UNIMED Maceió, respeitada a tabela vigente para estes planos, com o aproveitamento do seu período de permanência no plano coletivo, para efeito de contagem dos prazos de carência, observadas ainda as seguintes condições:
- f) O titular no contrato do Plano Coletivo por Adesão deverá ser também o titular no contrato do Plano Individual ou Familiar.
 - g) O contrato da empresa deverá ser no plano de pré-pagamento.
 - h) O titular e seus dependentes deverão se inscrever no Plano Individual ou Família até 30 (trinta) dias após a data da sua desvinculação com a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ora CONTRATANTE.
 - i) A 1.^a (primeira) mensalidade deverá ser paga no ato da assinatura do novo contrato.
 - j) O usuário que optar por tipo de plano diferente do que tinha na Empresa estará sujeito às carências previstas no novo contrato.

Cláusula DÉCIMA SEGUNDA – RESCISÃO / SUSPENSÃO



- 12.1 A UNIMED Maceió poderá, a seu critério, no caso de atraso no pagamento da fatura pela parte CONTRATANTE por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, **suspender o atendimento** até o adimplemento da fatura em atraso, desde que o CONTRATANTE seja notificado formal e previamente.
- 12.2 A UNIMED Maceió poderá ainda **rescindir** unilateral e automaticamente o presente contrato, nas seguintes hipóteses:
- a) Fraudes ou práticas de ilícito penal comprovadas, praticadas pelo beneficiário titular ou seu dependente, mesmo no caso de omissão de informações sobre doenças pré-existentes ou de tentativa de, por qualquer outro meio, tentar obter vantagens indevidas durante a execução deste Contrato.
 - b) Por falta de pagamento por prazo superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do plano, desde que a UNIMED Maceió tenha notificado por escrito a CONTRATANTE até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência.
- 12.3 Rescindido o Contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à UNIMED Maceió todas as carteiras/cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida e pelos prejuízos que der causa, além de ser obrigado judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.
- 12.3.1 Caso haja a exclusão individual de beneficiários titulares e/ou dependentes, o CONTRATANTE igualmente se obriga a devolver as respectivas carteiras/cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida e pelos prejuízos que der causa, além de ser obrigado judicialmente a quitar as parcelas vencidas, nos casos de rescisão por inadimplência.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1 No caso de mudança, sem interrupção das obrigações contratuais, para plano com maior cobertura e/ou maior quantidade de serviços, todo usuário (seja titular ou dependente) deverá cumprir as carências previstas no novo plano, relativas aos serviços que não estiverem aqui relacionados e aos que excederem, em quantidade, aos previstos no Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, ora aditado.
- 13.2 Ficam mantidos os benefícios do FAC e seguro de vida previstos no contrato originário na **Clausula XI - Benefícios Especiais** somente para os beneficiários ativos até esta data.
- 13.12.1 Estes benefícios não serão estendidos para as novas admissões a partir da assinatura do presente termo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DISPOSIÇÕES FINAIS



