

TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO COLETIVO VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR.

Mediante o disposto no presente instrumento, o servidor da UNESP, aposentados em regime autárquico, funcionários das associações, fundações e entidades vinculadas da UNESP, torna-se beneficiário do convênio celebrado pela UNESP - **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP**, inscrita no CNPJ/ MF sob nº. 48.031.918/0001-24, com sede à Rua Quirino de Andrade, nº. 215, Centro, São Paulo – SP, com a **UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS - FESP**, Operadora de Saúde classificada como Cooperativa Médica e registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº. 319996, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 43.643.139/0001-66, com sede à Rua José Getúlio nº. 78/90 - Aclimação - São Paulo - SP, doravante denominada **UNIMED**, cujo objetivo é a prestação de serviços de assistência médica e hospitalar.

CLÁUSULA I – DO OBJETO DO CONVÊNIO

O objeto deste convênio visa à continuidade na prestação de assistência à saúde de acordo com o inciso I, do artigo 1º, da Lei nº. 9.656/98, aos servidores, aposentados em regime autárquico da universidade e aos funcionários de associações, fundações e entidades vinculadas a UNESP, a seus dependentes e agregados, sob o regime de mensalidade pré-fixada, assistência ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, nas internações, inclusive 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 ora ajustadas, bem como nos termos da Lei nº. 9.656/98 e normativos editados pela ANS no âmbito de sua competência regulatória.

CLÁUSULA II – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A abrangência deste convênio é NACIONAL, de acordo com a área de ação da UNIMED local e em conformidade com o Guia Médico, inclusive para os casos de urgência e emergência, respeitando as condições no item “Urgência e Emergência”.

CLÁUSULA III – TIPO DE PLANO

São três os tipos de plano disponíveis aos beneficiários: Básico, Especial e Master. O grupo familiar deve pertencer ao mesmo tipo de plano.

CLÁUSULA IV – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Plano Básico

Em caso de internação hospitalar, o padrão de acomodação disponibilizado aos beneficiários desta modalidade será em **quarto coletivo**. Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados, será assegurado ao consumidor o acesso à acomodação superior, sem qualquer ônus adicional, conforme previsto no artigo 33 da Lei nº. 9656/98.

Plano Especial

Em caso de internação hospitalar, o padrão de acomodação disponibilizado aos beneficiários desta modalidade será em **quarto individual**.

Plano Master

Em caso de internação hospitalar, o padrão de acomodação disponibilizado aos beneficiários desta modalidade será em **quarto individual**.

CLÁUSULA V – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. São considerados usuários titulares, os servidores, aposentados autárquicos, os funcionários de fundações, associações e entidades vinculadas a UNESP, expressamente cadastrados neste convênio.

1.1. Neste termo de convênio, as fundações, associações e entidades vinculadas à universidade configuram-se como subestipulantes da UNESP.

2. Serão considerados usuários dependentes:

2.1 Cônjuge.

2.2 Filhos(as)/Enteados(as) menores de 24 (vinte e quatro) anos.

2.3 Companheiro(a) que comprove união estável, através de “Escritura Pública de União Estável”, registrada em cartório.

2.3.1 Não poderá haver concorrência entre esposa(o) e companheira(o), devendo o titular fazer a opção de qual dependente deseja incluir como beneficiário.

2.4 Equiparam-se aos filhos legítimos os filhos adotivos.

2.5 Equiparam-se aos filhos o menor que, por decisão judicial, esteja sob guarda ou tutela do titular e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

2.6 O beneficiário que por decisão judicial, esteja sob curatela ou interdição do titular.

3. Serão considerados usuários agregados:

3.1 Filhos(as)/Enteados(as) com 24 (vinte e quatro) anos completos ou mais.

3.2 Pais.

3.3 Sogro(a).

3.4 Neto(a).

3.5 Irmão(ã).

3.6 Genro e Nora.

3.7 Sobrinho(a) do usuário titular, com menos de 30 (trinta) anos de idade.

3.7.1 Através de declaração em formulário do UNESP SAÚDE, o usuário titular declara que está ciente e de acordo que o sobrinho(a) será excluído do plano ao completar 30 (trinta) anos de idade.

4. O usuário titular fornecerá ao UNESP SAÚDE os dados e a relação dos dependentes e agregados, responsabilizando-se pelas informações sobre a dependência dos inscritos.

5. O usuário titular obriga-se a comunicar por escrito através de formulários próprios, até o dia de fechamento determinado pelo UNESP SAÚDE, as novas inclusões, exclusões e outras movimentações de usuários no plano, sendo a sua vigência para atendimento iniciada a partir do primeiro dia do mês subsequente da inclusão. As exclusões de usuários devem ser acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses usuários até o último dia do mês da exclusão.

6. A massa de usuários incluída para vigência em 1º de dezembro, de cada ano, terá período promocional com isenção total de carências, devido ao aniversário do convênio.

6.1 Novos usuários, exceto nos casos do item anterior, poderão ser admitidos no plano sem a obrigatoriedade de cumprimento de carências, apenas nos seguintes casos:

6.2 Filhos (as) e agregados (as), nascidos na vigência do convênio, desde que sua inclusão seja feita até 30 (trinta) dias após o seu nascimento e que pelo menos um dos pais esteja inscritos no convênio. Caso o beneficiário titular esteja cumprindo carências, deverá ser observada as mesmas.

6.3 Servidores e funcionários admitidos na UNESP, fundações, associações e entidades, desde que sua inclusão seja feita dentro dos 30 (trinta) dias da data da sua contratação.

6.4 Cônjuge ou Companheiro(a) de usuário titular do plano, desde que sua inclusão seja feita dentro dos 30 (trinta) dias da data da oficialização e que o titular não esteja cumprindo carência.

6.5. Filhos adotivos do usuário titular, desde que sua inclusão seja feita até 30 (trinta) dias após a respectiva adoção.

7. Novos usuários, exceto nos casos acima, poderão ser admitidos no plano desde que atendam as condições previstas neste convênio, estarão sujeitos ao cumprimento de carências previstos na Cláusula IX deste Termo de Convênio.

8. O usuário titular inscrito, docente e/ou servidor, que se encontra fora do Brasil, com afastamento institucional autorizado pela UNESP, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, poderá suspender sua inscrição e depois aderir novamente sem a obrigatoriedade do cumprimento das carências, juntamente com seus dependentes e/ou agregados, quando do seu regresso, desde que apresente a documentação comprobatória dentro dos 30 dias da data do seu retorno.

CLÁUSULA VI – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. O presente convênio garante cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID 10 da Organização Mundial de Saúde, através de normas e procedimentos contidos no Rol de Procedimentos inserido na Resolução Normativa nº. 67/08 da ANS e consequentes, vigente na data da celebração do presente convênio.

2. Os usuários farão jus, cumpridas as respectivas carências, quando for o caso, e dentro dos limites deste convênio, aos seguintes serviços:

a) Consultas Médicas;

b) Serviços Ambulatoriais - quando solicitados e justificados por médico assistente/cooperado, em guia de pedido de exames e procedimentos da UNIMED;

c) Internações Hospitalares - quando solicitadas e justificadas por médico assistente/cooperado, em guia de pedido de internação hospitalar;

d) Atendimentos em Prontos-socorros em caráter de urgência e emergência.

2.1 Consultas Médicas

2.1.1 Consultas médicas, sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.1.2 Nas consultas de rotina, o usuário será atendido pelo médico assistente/cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao usuário exercer a livre escolha dentre os listados no guia de serviços médicos da UNIMED.

2.1.3 Nas consultas médicas de urgência/emergência, o usuário será atendido no Pronto Atendimento da UNIMED ou nos hospitais por ela credenciados.

2.2 Serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico

2.2.1 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, dentro da cobertura prevista neste convênio, solicitados pelo médico assistente/cooperado.

2.2.2 Os serviços deverão ser solicitados em guia própria da UNIMED e ter a autorização prévia para sua realização, quando necessário.

2.3 Internações Hospitalares

2.3.1 Internações clínicas e cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados pela ANS.

2.3.2 As internações deverão ser autorizadas pela UNIMED, sem limite de prazo, independentemente do padrão de acomodação, competindo ao médico assistente/cooperado definir e justificar os períodos de internação.

2.3.3 Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados é assegurado ao usuário o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus, conforme previsto no artigo 33 da Lei nº. 9656/98.

2.3.4 A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende a cobertura das despesas com diárias e taxas hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo usuário, prescritos pelos médicos assistentes/cooperados e cobertura de cirurgias buco-maxilo facial e dos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5º, incisos I e II, da Resolução CONSU nº. 10/98:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia;

- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêutico em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea e medula, exceto medicação de manutenção.

2.3.4.1 Ficam excluídos do item 2.3.4 os itens previstos na Cláusula VII – Exclusões de Coberturas.

2.3.5 Na hipótese de usuários menores de 18 anos e com idade a partir de 60 anos, a internação compreenderá, além da cobertura prevista neste convênio, as despesas do acompanhante no hospital, dentro dos limites deste convênio.

2.3.6 Nos casos de transtornos psiquiátricos, os usuários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10, com as seguintes características:

2.3.6.1 Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

2.3.6.2 Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada conforme estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento.

2.3.6.3 Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente/cooperado.

2.3.6.4 No caso de transtornos psiquiátricos, o presente convênio cobre:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação (após este prazo, haverá a coparticipação mencionada na letra seguinte), por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

b) Custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, haverá a cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não poderá caracterizar o financiamento integral da internação;

- c) Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;
- d) Cobertura para tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos que preencherem pelo menos um dos seguintes critérios:
- Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 e F14);
 - Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
 - Paciente portador de transtornos do humor, episódio maníaco e transtorno bipolar do humor (CID F30 e F31);
 - Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- e) A assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

2.3.7 Os usuários terão direito somente a transplantes de rim e córnea e medula, de acordo com a Resolução do CONSU nº. 12/98. Não serão cobertos transplantes de outros órgãos que não estão previstos na Lei nº. 9656/98.

2.3.8 Os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica 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.

2.3.9 A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada, em caráter regional, pelas centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos – CNCDOs - integrantes do sistema nacional de transplante.

2.3.10 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - portaria GM nº. 3407 de 5/8/98 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma, autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

2.3.11 É de competência privativa das centrais de notificação, capacitação e distribuição de órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b) Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

2.3.12 Os usuários terão direito a transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo e alogênico de acordo com as diretrizes da ANS, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

2.3.13 Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação, exceto os itens previstos na Cláusula VII – Exclusões de Cobertura;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

2.3.14 Os usuários terão cobertura para o fornecimento de Prótese e Órtese, bem como de seus respectivos acessórios, desde que ligado ao ato cirúrgico coberto por este convênio.

2.3.15 Os usuários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

2.3.16 Os recém-nascidos e os recém-nascidos adotados pelo usuário terão direito a receber atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida/adoção, mediante a utilização do cartão individual de identificação do usuário, na forma estabelecida na alínea “a” e “b”, inciso III, artigo 12, da Lei nº. 9656/98.

3. Coberturas para Reeducação Postural Global (RPG), Psicoterapia e Fonoaudiologia, ficando estabelecido que, caso a Unimed prestadora não disponha de recurso credenciado na sua área de abrangência, a FESP reembolsará o valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para cada sessão/usuário beneficiário do convênio.

CLÁUSULA VII – EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Fica expressamente ajustado entre as partes, que A UNIMED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, SALVO SE ESTES VIEREM A INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, HIPÓTESE EM QUE PODERÁ HAVER REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA DOS VALORES ORA AJUSTADOS.

2. Procedimentos Médicos

a) NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR;

b) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do Território Nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;

c) atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência contratual, e de acordo com as suas limitações;

d) tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela UNIMED, SALVO SE ESTE INTEGRAR O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NA ÉPOCA DE SUA REALIZAÇÃO;

e) procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças VIGENTE na data DO EVENTO;

f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico; cirurgias para mudança de sexo;

g) procedimentos clínicos ou cirúrgicos com FINALIDADES ESTÉTICAS, COSMÉTICAS e suas complicações, bem como ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM; INTERNAÇÕES OU HOTELARIA EM SPA'S OU CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SEUS PROCEDIMENTOS, MATERIAIS OU MEDICAMENTOS E HONORÁRIOS PROFISSIONAIS; RESSALTA-SE PARA APLICAÇÃO DESTES ITENS OS CASOS COBERTOS DE OBESIDADE MÓRBIDA;

h) Escleroterapia de varizes;

i) procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;

- j) Cirurgia refrativa, independente da técnica a ser utilizada para casos com grau inferior a 5 (cinco);
- k) Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE;
- l) PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO HUMANA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA;
- m) Implante e transplante de fígado, coração, pâncreas, pulmão ou OUTRO de qualquer natureza, exceto rim, córnea e medula óssea autólogo e alogênico de acordo com as diretrizes da ANS;
- n) Despesas dos doadores vivos e do acompanhamento pós-operatório imediato e tardio de transplantes não custeados;
- o) Complicações ou consequências do transplante ou retirada do órgão do doador; à exceção das complicações ou consequências dos transplantes de rim e córnea e medula;
- p) Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo facial NÃO ESTÉTICA;
- q) Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;
- r) Durante os atendimentos de urgência e/ou emergência e nas internações, os atos médicos indispensáveis a sua continuidade e não cobertos por este convênio serão de responsabilidade da contratante, que os pagará de acordo com a TABELA VIGENTE de Honorários da Associação Médica Brasileira e da fatura do prestador de serviço;
- s) Exame de paternidade;
- t) Método contraceptivo não previsto no Rol da ANS;
- u) Acupuntura por profissionais não-médicos e por médicos não-cooperados;
- v) NECROPSIA, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

3. Medicamentos, Materiais, Órteses e Próteses

- a) Aviamento de óculos, gesso sintético, aparelhos ortopédicos, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- b) Fornecimento de prótese, órtese e acessórios nacionais ou importados, não ligados ao ato cirúrgico;
- c) Fornecimento de prótese, órtese e acessórios importados, mesmo que sejam ligados ao ato cirúrgico, desde que existam similares nacionais;
- d) Fornecimento de prótese, órtese e acessórios NÃO RECONHECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- e) MATERIAIS e medicamentos importados não nacionalizados;
- f) Medicamentos ainda não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.) e não registrados na ANVISA;

g) Vacina imunizante (exceto se internado);

4. Atendimento Domiciliar

a) Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;

b) Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares DE QUALQUER NATUREZA, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

c) Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;

d) Serviços de enfermagem em caráter particular;

e) Serviços de Enfermagem domiciliar.

5. Despesas hospitalares extraordinárias

a) Despesas hospitalares extraordinárias referentes à ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável, produtos de higiene pessoal, serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento, indenização por dano ou destruição de objetos ou outras despesas que excedam o limite e condições do convênio, caso ocorram, serão custeadas diretamente pelo usuário;

b) Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;

c) Internações hospitalares fora das condições previstas no convênio, alto custo/HOSPITAL DIFERENCIADO e tabela própria;

d) Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no convênio, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da Lei nº. 9.656/98;

e) Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação; exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos;

f) Serviços de enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar;

6. Outros

a) Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da UNIMED;

b) Hidroterapia, Hidroginástica;

c) Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em convênio;

d) Atendimento em casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções, quando declarados pela autoridade competente;

CLÁUSULA VIII – VIGÊNCIA

1. O presente Termo de Adesão ao Convênio terá validade limitada à vigência do Convênio celebrado entre a UNESP e a UNIMED FESP.

CLÁUSULA IX – PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os serviços previstos neste convênio serão prestados aos usuários regularmente incluídos na Proposta de Adesão e admitidos pela UNIMED, imediatamente após o cumprimento dos períodos de carências, quando for o caso, especificados abaixo.

- 1.1 Exames de alto custo;
- 1.2 Internações eletivas;
- 1.3 Cirurgias cardíacas;
- 1.4 Quimioterapia;
- 1.5 Radioterapia;
- 1.6 Hemodiálise;
- 1.7 Doenças preexistentes,
- 1.8 Partos

2. Os períodos de carência serão contados da data de vigência de cada beneficiário ao plano, independente da data de adesão, devendo ser observados pelos usuários as seguintes condições:

Procedimentos	Carência
Consultas	Zero
Exames Simples	Zero
Exames Especiais	90 dias
Procedimentos Cardíacos	90 dias
Internações Clínicas	180 dias
Internações Cirúrgicas	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Parto à termo	300 dias

CLÁUSULA X – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. A entrevista qualificada se constitui no preenchimento, pelo beneficiário do convênio, de formulário específico de Declaração de Saúde, fornecido pela UNIMED, tendo como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças e/ou lesões de que tenha conhecimento.

2. Para orientar o usuário no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, a UNIMED disponibilizará relação de médicos cooperados para sua livre escolha, sem quaisquer ônus financeiros e, caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED, poderá fazê-lo desde que assuma o pagamento das despesas decorrentes dessa entrevista.

3. É condição prévia para a inclusão do usuário a realização da entrevista qualificada, quando determinado pela UNIMED.

4. Fica a critério da UNIMED, ainda, a solicitação, durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações dos usuários na entrevista qualificada, prestadas por ocasião da celebração do convênio.

5. Ficam os usuários obrigados a informar à UNIMED, por ocasião da entrevista qualificada, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura do convênio, sob pena de imputação de fraude, sujeitos à denúncia do convênio, nos termos do artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei nº. 9.656/98, mediante instauração do competente processo para apuração junto à ANS, nos termos da Resolução CONSU n 02/98.

6. Sendo constatada, pela UNIMED, mediante perícia médica ou na entrevista qualificada, através de declaração expressa do beneficiário, a existência de lesão ou doença que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, e que seja necessária internação hospitalar, serão oferecidas as alternativas de Cobertura Parcial Temporária, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou agravo do convênio, à escolha da UNESP, através de declaração expressa.

7. Sendo constatada, pela UNIMED por perícia ou na entrevista qualificada, a existência de transtorno psiquiátrico por uso de substâncias químicas, que necessite de internação hospitalar, ligadas a leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, nos termos do artigo 4º da Resolução CONSU nº. 11/98, serão oferecidas as alternativas de Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou agravo do convênio, à escolha da UNESP, através de declaração expressa.

8. O valor correspondente ao agravo será previamente informado ao usuário.

9. Entende-se como "Cobertura Parcial Temporária" aquela que admite, no prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes, constantes no Rol de Procedimentos da ANS.

10. Entende-se por agravo o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, no caso do consumidor apresentar doença ou lesão preexistente, conforme Resolução CONSU nº. 02/98.

11. Caso o número de adesões ao presente convênio seja igual ou superior a 50 (cinquenta) vidas, não haverá a instituição de agravo ou Cobertura Parcial Temporária. Havendo adesões em quantidade menor do que 50 (cinquenta) vidas haverá a instituição regular de agravo ou Cobertura Parcial Temporária, para as doenças e lesões preexistentes, nos termos previstos neste convênio.

CLÁUSULA XI – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Nos casos de urgência ou emergência, os usuários poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela UNIMED, na modalidade prevista neste convênio, conforme previsto na Resolução CONSU nº. 13/98, devendo, para tanto, identificarem-se como usuários e apresentar a respectiva carteira de identificação.

2. As coberturas de procedimentos de urgência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos usuários, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

3. Quando o atendimento de urgência decorrente de complicações do processo gestacional ou emergência implicar a realização de intervenções cirúrgicas, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, no decorrer do período de carência ou da cobertura parcial temporária de doenças ou lesões preexistentes, a cobertura disponibilizada estará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, igual àquela fixada para o plano do segmento exclusivamente ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação hospitalar, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da UNESP, que cobrará do usuário, não cabendo ônus à UNIMED.

4. No plano com cobertura hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do convênio.

5. Nas situações de urgência ou emergência em que a cobertura assegurada seja apenas ambulatorial, nas primeiras 12 (doze) horas, quando necessária a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar em tempo menor do que 12 (doze) horas de atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade

financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da UNESP, que fica responsável em cobrar do beneficiário titular, não cabendo ônus à UNIMED.

6. Nos casos de urgência e emergência, quando restar comprovada a não possibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, pelo usuário, 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 UNIMED aos serviços prestados, tendo como base a Tabela Hospitalar Referência da UNIMED para atribuições de valores à despesas hospitalares e Tabela da Associação Médica Brasileira para consultas, exames, procedimentos e honorários médicos de acordo com a UT – Unidade de Trabalho e outros índices vigentes. Os materiais e medicamentos serão reembolsados de acordo com as Tabelas Brasíndice e SIMPRO na rubrica “preço fábrica”, que são os preços praticados junto à rede de atendimento da UNIMED. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão reembolsados pelo menor valor das cotações realizadas pela UNIMED, mediante apresentação da nota fiscal competente.

7. O 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, inalação, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o usuário.

8. O usuário perderá o direito de pleitear o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

9. Nos casos de transtornos psiquiátricos são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o usuário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão).

CLÁUSULA XII – REMOÇÃO

1. Os usuários terão direito a remoção inter-hospitalar terrestre, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste convênio, exclusivamente em território brasileiro.

2. Quando houver acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, o usuário terá direito ao atendimento de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial. Nesses casos, sendo necessária a continuidade do tratamento ou sendo necessária a internação hospitalar, o usuário terá direito à remoção para a unidade hospitalar mais próxima credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

CLÁUSULA XIII – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Para fins de atendimento, a UNIMED expedirá cartão de identificação aos usuários, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste convênio.

2. Os serviços e outros atendimentos, objeto da contratação, serão prestados, dentro das regras operacionais da UNIMED, quando for o caso, mediante sua autorização prévia, somente aos usuários inscritos, desde que portadores do cartão de identificação e documento de identidade legalmente reconhecido.
3. Não estarão sujeitos à autorização prévia da UNIMED as consultas médicas e exames laboratoriais de patologia clínica considerados simples e de rotina, como exame de sangue, urina e parasitológico, raio-X simples, (exceto mamografia, densitometria óssea, neuroradiologia, angiografias e radiologia intervencionista) e eletrocardiograma.
4. Os demais procedimentos, exames e internações deverão receber autorização prévia da UNIMED nos prazos estabelecidos pela ANS, não interferindo na determinação da necessidade de sua realização, desde que devidamente solicitado por profissional qualificado.
5. Os usuários terão direito a tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado/assistente em impresso apropriado, mediante autorização prévia, que será obtida na sede ou escritórios regionais da UNIMED no horário comercial e serão realizados nos consultórios, clínicas e hospitais credenciados pela UNIMED.
6. A UNIMED disponibilizará aos beneficiários, no ato da adesão, consulta através do portal na internet (www.unimedfesp.coop.br/guia-medico) para cada tipo de plano, onde constará a relação dos hospitais contratados, médicos cooperados, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgência e emergência, dentro de sua área de abrangência geográfica.
7. A utilização de recursos médicos hospitalares fora da área de abrangência da UNIMED, sem o prévio encaminhamento desta, implica ao usuário a assunção de todas as despesas decorrentes desta opção.
8. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste Termo de Convênio, ficando sob a responsabilidade da UNESP, que cobrará do usuário, o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data, exceto se o usuário do convênio estiver internado, conforme dispõe o artigo 13, parágrafo único, inciso III da Lei nº. 9.656/98.
9. Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo usuário, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, terá a UNIMED, quando entender necessário, através de seu corpo de médicos auditores, direito a que os documentos e o referido usuário seja submetido à avaliação prévia.
10. A UNIMED garantirá, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo cooperado solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.
11. Nas hipóteses de urgência ou emergência, o usuário terá direito a internação imediata, devendo providenciar a guia de internação hospitalar expedida pela UNIMED em até 3 (três) dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da UNIMED não se responsabilizar por qualquer despesa.
12. Quando houver necessidade de internação, esta se fará somente nos hospitais credenciados pela UNIMED ou disponibilizados pela UNIMED do local onde se dê o atendimento, segundo a cobertura disponibilizada neste convênio, após pertinente comunicação, avaliação e análise para expressa autorização ou não dos procedimentos pela UNIMED.
13. A UNIMED se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, na medida dos limites da cobertura prevista. Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente com o médico, por mera liberalidade do usuário e que tenha sido formulado fora da cobertura do presente Termo de Convênio, será de exclusiva responsabilidade do usuário.

14. É obrigação do usuário, em caso de exclusão de dependentes, rescisão ou resolução deste convênio, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos até os prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução do presente, qualquer responsabilidade da UNIMED em relação ao uso indevido desses documentos.

15. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimentos, mesmo que na forma contratada, pelos usuários titulares, dependentes ou agregados, que perderem essa condição por exclusão. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a UNESP deve informar, por escrito, o fato a UNIMED, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

16. A não comunicação da exclusão do usuário acarretará à UNESP, que recairá sobre o beneficiário titular, a responsabilidade pela utilização indevida do referido cartão.

17. Para emissão da segunda via do cartão de identificação, deverão ser respeitadas as normas vigentes na UNIMED.

18. Fica estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes da utilização indevida, no caso da não comunicação de separação conjugal, poderão ensejar a cobrança, judicial ou extrajudicial, das quantias eventualmente devidas à UNIMED.

19. É facultada a substituição de entidade hospitalar contratada, referenciada ou credenciada pela UNIMED, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos usuários 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.

19.1. Também é facultado o redimensionamento de rede por redução, quando previamente autorizado pela ANS, conforme legislação aplicável.

20. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o parágrafo acima ocorrer por vontade da operadora, durante o período de internação do usuário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e, a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do Termo de Convênio.

21. Excetua-se do previsto no item anterior os de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

22. Fica estabelecida a coparticipação de 50% após o prazo de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, consecutivo ou não, nos últimos 12 (doze) meses, conforme letra “b” do item 2.3.6.4 deste convênio, independente do plano contratado.

CLÁUSULA XIV – FORMAÇÃO DO PREÇO

1. Para ter direito aos serviços contratados, o usuário titular pagará a mensalidade calculada em função de cada usuário inscrito (titular, dependente e agregado), no tipo de plano e de acordo com a sua faixa etária, que se altera automaticamente no mês subsequente ao do aniversário, conforme tabela de preço vigente disponível no portal www.unespsaude.com.br

2. As mensalidades serão pagas na forma de pré-pagamento, todo quarto dia útil de cada mês a que se referir. A impontualidade acarretará a aplicação de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor principal; ainda serão

cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

3. A UNESP efetuará o desconto, da parte que cabe ao usuário referente ao seu grupo familiar inscritos no plano considerando o patrocínio praticado, para servidores da UNESP, de acordo com a regra abaixo, em folha de pagamento. Caso não ocorra o desconto em folha por algum motivo, os valores correspondentes serão cobrados em débito autorizados em conta corrente bancária.

3.1 Patrocínio para titular e dependentes, servidores da UNESP: o valor a ser pago corresponde ao mínimo entre o teto de contribuição de sua faixa salarial (disponível em www.unespsaude.com.br) e a soma dos valores das mensalidades do titular e seus dependentes, inscritos no Plano Básico. Inscritos no Plano Especial e no Plano Master não tem patrocínio.

3.2 Agregados: não tem patrocínio, paga o valor integral da tabela de preço disponível no portal www.unespsaude.com.br. A mudança da condição e valores mensais dos filhos e enteados que completarem 24 anos, de dependentes para agregados, será automática no mês subsequente ao do aniversário.

3.3 As faixas salariais são atualizadas anualmente no mesmo percentual do reajuste salarial da UNESP.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

1. Os valores previstos neste Termo de Convênio e seus aditamentos foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, valor e/ou percentual de participação e a carga tributária que recai sobre a UNIMED e objetivam a manutenção da viabilidade econômica da prestação dos serviços disponibilizados.

2. Fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste Termo de Convênio, será aplicado reajuste ao valor da mensalidade pela variação do Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde - IPC Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE-Saúde, ora pactuado entre as partes.

3. Caso haja alteração nos indicadores utilizados de base para o cálculo atuarial ou no perfil de utilização, que tenha ou venha a contribuir para o aumento dos custos e coloque em risco o equilíbrio contratual, os preços pactuados sofrerão reajuste a fim de ajustar e recompor o equilíbrio contratual.

4. Anualmente será avaliada a sinistralidade do convênio. Se a sinistralidade ultrapassar o índice de 80%, será aplicado reajuste técnico sem prejuízo da aplicação do índice IPC FIPE – Saúde, previsto no item 2, como reajuste anual do convênio, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = \frac{DA - C}{R}, \text{ onde:}$$

S = Sinistralidade;

DA = Despesas Assistenciais;

C = Recuperação de co-participação

R = Receita.

§ 1º: O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 80%, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R_{Técnico} = \frac{S}{S_m} - 1, \text{ onde:}$$

S = Corresponde a sinistralidade do período – 12 meses;

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade – 80%.

5. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes ou de módulos adicionais terão o reajuste no mês de aniversário de vigência do presente convênio para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

CLÁUSULA XVI – PLANO DE INATIVOS DO PLANO DE SAÚDE

1. Aos usuários que tiverem contribuído para o presente instrumento, no caso de rescisão sem justa causa ou exoneração do convênio de trabalho, sem justa causa, será assegurado o direito de manter sua condição de beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial e acomodação ora contratadas, desde que assumam o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 30 da Lei nº. 9656/98 e Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS.

2. O direito à continuidade da condição de beneficiário do presente convênio será assegurado ao empregado/servidor pelo período de 1/3 (um terço) do tempo em que tenha permanecido no plano, assegurando-lhe o prazo mínimo de 6 (seis) meses e o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

3. A manutenção de que trata este item é extensiva a todo o grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho, de acordo com a vontade do usuário titular.

4. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados/servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

5. O direito à continuidade assistencial assegurado nesta cláusula, no mesmo plano e nas mesmas condições contratadas pela UNESP, deixará de ser assegurado ao usuário quando da sua admissão em novo emprego, desde que este novo vínculo empregatício possibilite ao beneficiário o ingresso em plano coletivo.

6. Ao aposentado que contribuir para o presente plano, em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial e acomodação ora contratadas, por prazo indeterminado, desde que assumam o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da Lei nº. 9656/98 e Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS.

6.1. No caso do aposentado ter contribuído por período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial e acomodação ora contratadas, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumam o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da Lei nº. 9656/98 e Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS

7. O exonerado ou demitido sem justa ou o aposentado deve optar pela manutenção do benefício aludido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

8. Entendem-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica.

9. O vínculo referido poderá ser apenas de caráter empregatício, conforme Resolução Normativa – RN nº 195 da ANS.

10. Quando o usuário titular optar pelo ingresso no plano de inativos, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS, deverá optar pelos dependentes e agregados que serão mantidos, desde que estejam inscritos no convênio durante a rescisão do contrato de trabalho. Após feita a opção, somente poderão ser inscritos novos cônjuges e filhos.

CLÁUSULA XVII – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. A exclusão do plano do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes e agregados.

2. O usuário perderá a condição de titular, devendo ser excluído deste convênio, inclusive seus respectivos dependentes e agregados, quando for extinto seu vínculo com a UNESP, e, nas hipóteses previstas em lei, não fizer a opção pela continuidade assistencial, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS.

CLÁUSULA XVIII – RESCISÃO E SUSPENSÃO

1. O presente Termo de Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo e por qualquer das partes contratantes, mediante notificação prévia da parte contrária, de acordo com os prazos do UNESP SAÚDE, disponíveis no portal www.unespsaude.com.br.

2. Para uma nova adesão, em caso de cancelamento pelo não pagamento das mensalidades correspondentes, pelo período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, o usuário deverá quitar os débitos existentes, responsabilizando-se pelo envio de nova documentação.

3. Este Termo de Convênio poderá ser rescindido a qualquer momento:

3.1 Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades;

3.2. O não pagamento da fatura mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do convênio, ensejará a rescisão do presente Termo de Convênio, devendo o titular ser avisado da rescisão do convênio de serviços previamente. A suspensão do convênio poderá ocorrer a partir do 1º dia útil seguinte ao atraso, com comunicação prévia ao usuário titular.

3.3. Por conduta fraudulenta do usuário.

3.4. Poderá ocorrer a denúncia unilateral por parte da UNESP por motivos de inelegibilidade ou de perdas do direito de titularidade ou dependência, ressalvado nos casos dos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/98.

4. No caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser notificada, judicial ou extrajudicialmente, da rescisão contratual, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes e eventuais perdas e danos.

CLÁUSULA XIX – REGISTRO DE PRODUTOS

1. O presente termo de convênio está amparado pelos produtos abaixo relacionados com os respectivos números de registros junto a ANS.

Nº Registro	Nome Comercial do Plano
478.019/17-1	UNIPLAN EMPRESARIAL BÁSICO N
478.013/17-2	UNIPLAN EMPRESARIAL ESPECIAL N
478.017/17-5	UNIPLAN EMPRESARIAL MASTER N
476.454/16-4	UNIPLAN PARTICIPATIVO EMPRESARIAL BÁSICO N
478.012/17-4	UNIPLAN PARTICIPATIVO EMPRESARIAL ESPECIAL N
478.016/17-7	UNIPLAN PARTICIPATIVO EMPRESARIAL MASTER N

CLÁUSULA XX – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIMED, a UNESP deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração. A UNESP, por si e pelos usuários titulares, dependentes e agregados, autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.
2. Os beneficiários cadastrados nesse convênio terão seu vínculo contratual com a UNIMED FESP, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.
3. Qualquer tolerância por parte da UNIMED não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
4. Este convênio foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente; assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação ou mensalidade.
5. A UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste convênio.
6. A responsabilidade da UNIMED pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados cessa no último dia da vigência deste convênio, ficando sob a responsabilidade da UNESP, que cobrará do usuário, o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data. Todos os ônus referentes aos serviços, objeto deste convênio, são de responsabilidade da UNIMED, que se relacionará diretamente com médicos e serviços contratados/credenciados. A UNIMED não autoriza qualquer acordo entre os usuários e os profissionais e instituições contratadas ou credenciadas, não se responsabilizando por eventual acordo que venha a ser celebrado em desacordo com a presente cláusula.

CLÁUSULA XXI – FORO DE ELEIÇÃO

1. Fica eleito o foro da comarca de São Paulo, renunciando as partes coveniantes ou qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou possa vir a ser, para dirimir quaisquer pendências oriundas do presente Termo de Convênio, possibilitando ainda a composição dos conflitos através de mediação extrajudicial em consonância com a Lei Federal nº 13.140/15.

São Paulo, dezembro de 2019.

PROF. TRAJANO PIRES DA NÓBREGA NETO
Superintendente UNESP SAÚDE