

Instrumento particular de contratação de plano privado de assistência à saúde de prestação continuada de serviços

**CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL
PLANO AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
QUARTO INDIVIDUAL - PADRÃO APARTAMENTO**
Registro do Produto na ANS: 460.865/09-8
Área de Abrangência Geográfica: Estadual

CONTRATADA: UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 25.250.820/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 319121 e classificada na modalidade Cooperativa Médica com sede na Rua Itapeçerica, nº 427, Centro, em Divinópolis/MG, representada na forma de seu estatuto social.

CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL: CÂMARA MUNICIPAL DE CLÁUDIO

NOME FANTASIA (SE HOUVER): _____

CNPJ Nº: 20.913.950/0001-14 INSC. ESTATUAL: Sento

ENDEREÇO: RUA DAS CRIANÇAS, 137. CENTRO. CLÁUDIO - MG

REPRESENTANTE LEGAL: TANCREDO ALADIM RECHA TOLENTINO

CPF: 220.167.246-68

ENDEREÇO COMPLETO: AV. PRES. TANCREDO NEVES Nº: 270

COMPLEMENTO: Q.1 BAIRRO: CENTRO

MUNICÍPIO: CLÁUDIO UF: MG CEP: 35.530-000

TEL.: (37) 3381-2475 FAX: () _____ CONTATO: THIAGO

E-MAIL: camara@camarad Claudio.mg.gov.br



CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Nome Comercial do Plano na ANS	Este plano é denominado comercialmente de: UNIPAR – EMP – OBS – APARTAMENTO.
Nº de registro do plano	Registro ANS nº 460.865/09-8.
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Segmentação Assistencial	A segmentação assistencial do plano objeto deste instrumento contratual é AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
Área geográfica de abrangência	A área de abrangência geográfica deste plano é estadual, ou seja, Estado de Minas Gerais.
Área de Atuação	Atendimento nos municípios: A área de comercialização deste plano de saúde compreende os seguintes municípios: Araújos, Bom Despacho, Carmo do Cajuru, Carmo da Mata, Carmópolis de Minas, Cláudio, Divinópolis, Dolores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Itapeçerica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Leandro Ferreira, Luz, Martinho Campos, Moema, Morro do Ferro, Nova Serana, Oliveira, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Perdígão, Piracema, Quartel Geral, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, Serra da Saudade.
Padrão de Acomodação	As internações hospitalares garantidas por este plano são no padrão de acomodação individual (apartamento). Em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro pres-

	tador de serviço da rede, integrante da rede prestadora do produto contratado, observada as condições clínicas e mediante autorização do médico assistente, a CONTRATADA poderá remover o paciente para outro prestador da rede, cujo ônus da remoção ficará a cargo da CONTRATADA.
Formação do Preço	Preestabelecido.
Atendimento de Urgência e Emergência	Para os atendimentos de Urgência e Emergência: O beneficiário deverá procurar a rede credenciada da Unimed divulgada no Guia Médico e no seu Portal Corporativo em www.unimedcoop.br/divinopolis e por meio da Central de Atendimento telefone: (37)3229.5200, que atende 24 (vinte e quatro) horas, durante 07 (sete) dias por semana. Compete exclusivamente ao médico assistente caracterizar se o procedimento é eletivo ou de urgência e emergência.
Horário Atendimento	Horário de atendimento Unimed: Nos dias úteis e em horário comercial, o horário de atendimento será de 07:00 às 18:00 horas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência que o atendimento é de 24 horas durante 07 (sete) dias por semana. Compete exclusivamente ao médico assistente caracterizar se o procedimento é eletivo ou de urgência e emergência.
Atendimento Eletivo (Agendado)	O atendimento eletivo, àquele agendado pelo beneficiário, será atendido na rede contratada/credenciada da

	<p>Unimed, conforme definido e delimitado neste contrato.</p> <p>Compete exclusivamente ao médico assistente caracterizar se o procedimento é eletivo ou de urgência e emergência.</p>
Remoção Inter-hospitalar	<p>Para solicitação do serviço de remoção inter hospitalar (transferência entre hospitais) entrar em contato por meio do telefone: (37) 3222.8888.</p> <p>Na hipótese de não haver o contato prévio com a Unimed Divinópolis e a realização da remoção contratada de forma particular NÃO É DEVIDO O REEMBOLSO</p>
Garantia de Acesso à Cobertura Assistencial	<p>Nos termos da RN 566/2022 que dispõe sobre os prazos de atendimento nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestadores da rede da operadora na área de abrangência geográfica e de atuação do plano ou dificuldade de agendamento de procedimentos O BENEFICIÁRIO OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM A UNIMED DIVINÓPOLIS para que esta ofereça as soluções para garantia do atendimento em prestador apto.</p> <p>Na hipótese de não haver o contato prévio com a Unimed Divinópolis e a realização de procedimentos de forma particular NÃO É DEVIDO O REEMBOLSO.</p> <p>O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde</p>

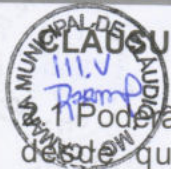
	<p>de Suplementar em forma- tivos vigentes observada a data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assisten- cial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um pres- tador ou médico especí- fico escolhido pelo bene- ficiário.</p>
OUIDORIA DA OPERADORA	<p>Para contato com a OUIDORIA:</p> <p>a) Pelo site: www.unimed.coop.br/divinopolis b) Por e-mail: ouvidoria@unimed144.coop.br c) Pessoalmente ou por carta: Rua Itapecerica, nº 427, térreo, Centro em Divinópolis/MG, CEP.: 35.500-018.</p>

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS E OBJETO DO CONTRATO

1.1 O contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID -10 da Organização Mundial de Saúde prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde desde que observada às coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2 Trata-se de contrato de adesão, bilateral, que geram direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no Código Civil, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90 (CDC).

1.3 A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.



CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Podem se inscrever neste plano de saúde, deste que, comprovado o vínculo com a CONTRATANTE:

I. pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia, que serão titulares do plano, bem como de seus dependentes legais na forma prevista neste instrumento;

II. os servidores ativos e inativos, em caso de relação estatutária;

III. os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;

IV. os aposentados ou demitidos ou exonerados sem justa causa da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;

V. os agentes políticos;

VI. os trabalhadores temporários;

VII. os estagiários e menores aprendizes; e

VIII. o grupo familiar previsto neste contrato no item 2.4 citado abaixo.

2.2 O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em **até 30 (trinta) dias** da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

2.3 O ingresso do grupo familiar **dependerá da participação do beneficiário titular** neste contrato de plano privado de assistência à saúde.

2.4 São beneficiários dependentes deste plano de saúde: aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular:

I. O cônjuge;

II. O(a) companheiro(a), havendo união estável, **devidamente comprovada**, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

III. Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a), por força de decisão judicial;

IV. O(s) filho(s) adotivo(s) ou não solteiros até 18 (dezoito) anos de idade;

V. O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado que se ache sob responsabilidade do titular;

VI. O(s) filho(s) solteiro(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz(es) e com comprovação de dependência.

2.5 Para fins de comprovação da união estável, o beneficiário titular poderá apresentar declaração feita em cartório, escritura pública, declaração de imposto de renda ou apólice de seguro.

2.6 Caberá à CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

2.7 A CONTRATANTE, no ato da contratação, deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

2.8 A CONTRATANTE, constituída na forma de Empresário Individual, no ato da contratação e anualmente na data do aniversário do contrato, deverá comprovar documentalmente a regularidade cadastral junto aos órgãos competentes, inclusive junto à Receita Federal, bem como, preencher os requisitos de elegibilidade dos beneficiários, sob pena de rescisão contratual nos termos da Resolução Normativa n.º 432/2017 da ANS e suas alterações posteriores.

2.8.1 Nos termos da cláusula 2.8, a CONTRATANTE obriga-se a apresentar à CONTRATADA documentos que demonstrem que o Empresário Individual foi constituído e registrado nos órgãos competentes há, no mínimo, 06 (seis) meses.

2.9 Para fins de comprovação da legitimidade da CONTRATANTE e elegibilidade de seus beneficiários devem ser apresentados no ato da contratação do plano e, no caso de Empresário Individual, também anualmente, os seguintes documentos, que comprovem a:

I) Legitimidade da CONTRATANTE:

a) cópia do Contrato Social/Estatuto Social; no caso de Empresário Individual, o Requerimento de Empresa Individual;

b) certidão simplificada emitida no site da Junta Comercial;

c) certificado da Condição do Microempreendedor Individual (CCMEI), no caso de Empresário Individual enquadrado como Microempreendedor Individual; e

d) comprovante de inscrição e de situação cadastral junto à Receita Federal com a situação cadastral "ativa"; ou

e) documento que confirme sua inscrição com a situação ativa nos órgãos competentes.

II) Elegibilidade de beneficiários titulares:

a) Declaração elaborada pela CONTRA-

TANTE, devendo constar nome do beneficiário, data de admissão, data de adesão ao plano de saúde, informações sobre o produto (número de registro ou nome comercial), dados de identificação da contratante e matrícula e cargo do declarante.

III) Elegibilidade de beneficiários dependentes: documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão de sentença de adoção, nos casos de filhos adotivos, dentre outros documentos.

2.9.1 As comprovações de regularidade de registro podem ser apresentadas na forma física ou digital.

2.9.2 A CONTRATADA não aceitará incluir beneficiários no plano que não possuem elegibilidade, no caso de titulares a demonstração do vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE e dependentes comprovação de parentesco com o titular, sob pena de a CONTRATANTE responder, por todo ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam imputados a CONTRATADA, mesmo após o encerramento deste contrato, daquelas informações enviadas até a vigência do contrato.

2.9.3 A CONTRATANTE se obriga a fornecer, a qualquer tempo, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo de beneficiário inscrito neste plano de saúde, se responsabilizando ainda a prestar informações cadastrais dos beneficiários à CONTRATADA quando exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na forma do artigo 20 da Lei 656/98.

2.9.4 A CONTRATANTE tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualizado dos dados cadastrais de beneficiários, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a inclusão de beneficiários.

2.9.5 Em razão do disposto no item anterior, as partes acordam que, verificado dados incompletos ou incorretos no cadastro dos beneficiários, a CONTRATANTE se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar da notificação da CONTRATADA, assumindo a CONTRATANTE os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, em virtude do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não

atualização dos dados cadastrais dos beneficiários por esta informados, sem prejuízo de exclusão do beneficiário do plano, cuja elegibilidade não foi comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

2.9.6 Caberá a CONTRATADA informar a CONTRATANTE outros documentos para comprovação da legitimidade da pessoa jurídica ou elegibilidade de beneficiários.

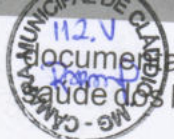
2.10 A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE, na condição de seu empregado e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura do **termo de adesão**, cabendo ao beneficiário titular informar a CONTRATANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano, bem como, a comprovação que os vincule ao grupo familiar do titular.

2.11 Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA, mediante cronograma de prazos acordado entre as partes, observado o estabelecido na regulamentação vigente quanto à exclusão por solicitação do beneficiário.

2.12 A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente, em data previamente pactuada constante na **Proposta de Admissão** - parte integrante deste contrato a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos respectivos documentos:

- a) cópia do CPF do titular e de todos os dependentes maiores de 18 (dezoito) anos;
- b) cópia da carteira de identidade de todos os beneficiários;
- c) cópia do comprovante de residência;
- d) cópia da certidão de nascimento para os dependentes menores de idade que não possuam RG e CPF;
- e) cópia certidão de casamento ou da declaração de união estável;
- f) número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) se houver;
- g) número do PIS/PASEP, se houver;
- h) nome da mãe de todos os beneficiários.

2.13 De acordo com as regras previstas na Cláusula Doenças e Lesões Preexistentes ficará a critério da CONTRATADA a realização de entrevista qualificada dos beneficiários, a fim de verificar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como perícia médica com a solicitação de realização de exames e de



documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

2.13.1 A entrevista qualificada será realizada presencialmente, ainda que a contratação do plano ocorra por meio eletrônico. Neste caso, a declaração de saúde será preenchida no momento da entrevista qualificada.

2.14 A CONTRATANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a CONTRATADA, mensalmente, em data previamente pactuada a relação dos beneficiários a serem excluídos no plano, bem como o termo de opção pela manutenção do plano de ex-empregados, demitidos e aposentados, ou seja, deverá comprovar que o ex-empregado/aposentado foi devidamente cientificado da possibilidade de manutenção ao plano, conforme o caso, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

2.15 As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por meio impresso ou eletrônico, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão, que **coincidirá com a data da formalização do pedido pela CONTRATANTE.**

2.16 As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, devendo ainda ser fornecido à CONTRATADA as seguintes informações:

- I. se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II. se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na mesma empresa;
- III. se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e como é feita esta contribuição;
- IV. por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V. se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

2.17 Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção do plano de saúde, deverá ser assinado por este o Termo de Opção de manutenção do plano de saúde disponibilizado pela CONTRATADA.

2.18 Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

2.19 É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

a) Do filho recém-nascido, filho natural ou adotivo, tutelado ou sob a guarda do beneficiário titular ou de seu dependente, isento do cumprimento de carência já cumpridos pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

Caso o beneficiário titular NÃO TENHA cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.

b) Do menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário deste plano de saúde, ou sob sua guarda ou tutela, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

c) Do menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

d) O menor de 12 (doze) anos nos casos de guarda, tutela, adoção, ou do reconhecimento da paternidade desde que incluído no plano no prazo de 30 (trinta) dias previsto acima estará isento do cumprimento de cobertura parcial temporária por lesão preexistente.

2.19.1 Não será exigido o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) por doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso

de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano com cobertura hospitalar com obstetrícia; e

c) do menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independentemente do tipo de segmentação contratada.

2.20 A não observância do prazo máximo de 30 (trinta) dias ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e a avaliação de doença ou lesão preexistente para aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

2.21 O dependente que vier a perder a condição de dependência, por atingir maioridade, poderá assinar contrato em seu próprio nome, em **até 60 (sessenta) dias** antes da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, observadas as regras previstas na portabilidade de carências.

2.22 Os beneficiários dependentes estarão vinculados ao beneficiário titular no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

2.23 A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes **estão condicionadas à participação do beneficiário titular no plano, observada a legislação vigente quanto aos aposentados que continuam trabalhando na mesma empresa.**

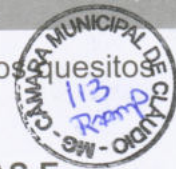
2.24 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos BENEFICIÁRIOS a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente de sua vinculação com a CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

2.25 A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA por meio de formulário específico as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato.

2.26 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior na data de ciência pela CONTRATADA.

2.27 A relação de beneficiários será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios de dependência e elegibilidade, assim como da Declaração de Saúde de cada um dos benefi-

ciários, quando devida, nos termos dos quesitos apresentados pela CONTRATADA.



CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **desde que observadas às coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, nos termos da Lei nº 9.656/1998.

3.2 A cobertura será garantida por médicos cooperados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pela CONTRATADA, conforme relação de prestadores entregue à CONTRATANTE e disponibilizada no site www.unimed.coop.br/divinopolis

3.3 A cobertura do contrato obedecerá às Diretrizes de Utilização (DUT) e ao Protocolo de Utilização (PROUT), Diretrizes Clínicas (DC) previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela ANS, que podem ser consultados no site www.ans.gov.br.

3.4 Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso da relação existente entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviço de saúde.**

3.5 Os procedimentos eletivos (programados) a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia e Resolução do Conselho Federal de Medicina vigentes.

3.6 Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia, sedação com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja

caracterize como internação;

c) cobertura de consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo. **A solicitação destas sessões/consultas deve ser realizada pelo médico assistente;**

c1) após concluídas as sessões que foram solicitadas pelo médico assistente e autorizadas pela operadora, havendo necessidade de continuidade do procedimento com a realização de novas sessões, o beneficiário deve retornar, obrigatoriamente, ao médico que deu início à solicitação, cuja autorização observará o número de sessões previstas nas diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

c2) A realização de consultas/sessões por crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento com profissionais de saúde deve ocorrer com a presença dos pais ou pessoa maior responsável;

c3) cobertura de consultas com enfermeiro obstétrico ou obstetrix, devendo ser observado o limite de consultas e o preenchimento dos critérios previstos na diretriz de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, **cuja solicitação de tais procedimentos deverão ser requeridos por médico assistente;**

c4) estão cobertas sessões/consultas realizadas por nutricionista e enfermeiro obstétrico/obstetrix solicitadas pelo médico assistente, devendo ser observado o limite de consultas e o preenchimento dos critérios previstos na diretriz de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, **cuja solicitação de tais procedimentos deverão ser requeridos por médico assistente.** A contagem do número de consultas/sessões será realizada, **por ano de contrato**, sendo este compreendido como a data de ingresso do beneficiário no plano;

d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra quanto por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano;

e) cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

f) cobertura de atendimentos caracterizados co-

mo de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS;

g) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação, observada a segmentação assistencial contratada;

h) cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

i) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

j) cobertura dos procedimentos de radioterapia ambulatorial desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

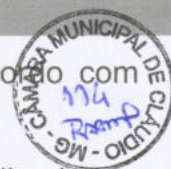
k) cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares, e que estejam descritos no segmento ambulatorial conforme anexo I do rol de procedimentos e eventos em saúde vigente;

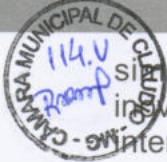
l) cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

m) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

n) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde observado seguinte:

l) medicamento genérico: medicamento





semelhante a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

II) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

n1) Somente haverá cobertura por este plano de saúde os medicamentos antineoplásicos orais para tratamento domiciliar e dos medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar listados no anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e nas diretrizes de utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

n2) Para aquisição dos medicamentos antineoplásicos orais domiciliar e dos medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:

I) a solicitação deverá ser feita DIRETA E EXCLUSIVAMENTE à CONTRATADA.

II) o beneficiário deverá solicitar à CONTRATADA o medicamento, que será entregue mediante o recebimento da receita original, assinada pelo médico assistente.

o) Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, solicitada pelo médico assistente observado o seguinte:

I) A solicitação deverá ser feita direta e exclusivamente para a CONTRATADA, de acordo com a indicação do médico assistente do beneficiário, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

p) Terapia imunobiológica endovenosa ou

subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização do Rol de Procedimentos: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante encaminhamento e apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

q) A forma de disponibilização de materiais e medicamentos previstos neste contrato, poderá ser alterada pela CONTRATADA, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATANTE, cabendo a esta a obrigação de comunicar aos beneficiários.

4.2 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

4.3 Para efeitos do disposto na alínea "a" da cláusula 4.1 deste instrumento, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

CLÁUSULA V - DA COBERTURA HOSPITALAR

5.1 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica relacionados à doença que motivou a internação e previstos neste contrato, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e

sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados nos atendimentos hospitalares;

f) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro;

g) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- I. crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- II. idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- III. pessoas com deficiência.

h) cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

j) o imperativo caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I. em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliará e justificará a necessidade do suporte hospitalar para a

realização do procedimento odontológico com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II. os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão inclusos na cobertura.

k) cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- I. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- III. procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- IV. hemoterapia;
- V. nutrição parenteral ou enteral;
- VI. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- VII. embolizações conforme definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VIII. radiologia intervencionista;
- IX. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X. procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XI. medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Anexo II do rol de procedimentos vigente.

l) cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

m) cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;





n) cobertura de hospital-dia (recurso interdiário entre a internação e o ambulatório, que **visa substituir a internação convencional**, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos vigente e Portaria 44/2001 do Ministério da Saúde;

o) a CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por 12 (doze) meses de vigência contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada coparticipação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio da conta hospitalar, bem como de cada diária excedida.

p) cobertura e assistência para os procedimentos clínicos/hospitalares na modalidade de hospital-dia, para realização de procedimentos de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente, cuja acomodação se dará de acordo com a disponibilidade do estabelecimento contratado, observando as disposições previstas na Portaria 44/2001 do Ministério da Saúde e suas alterações posteriores;

q) cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

I. as despesas assistenciais com doadores vivos do beneficiário receptor;

II. os medicamentos utilizados durante a internação;

III. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), e pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;

IV. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem ônus ao beneficiário receptor.

r) transplante hepático (receptor e doador vivo ou doador falecido), acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante hepático, acompanhamento clínico de transplante hepático no período de internação do receptor e do doador.

5.2 Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

5.3 Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e se sujeitarão ao critério de fila única de espera e de seleção.

5.4 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

5.5 É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – (CNCDO), dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

5.6 Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – (CPT).

5.7 O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 (vinte e quatro) horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 (vinte e quatro) horas e 48 (quarenta e oito) horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 (quarenta e oito) horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

5.8 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

a) Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos previstos no rol vigente.

b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA,

justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

5.8.1 A CONTRATADA instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 03 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

5.8.2 A junta médica será realizada em conformidade com o procedimento constante na cláusula Mecanismo de Regulação prevista neste contrato e, de acordo com a regulamentação em vigor.

5.9 Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde respeitando-se a segmentação contratada.

5.10 Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, de acordo com o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

5.11 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).

5.12 Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia

intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATADA.

5.13 Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei nº 9.263/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

5.13.1 Nos termos da Lei nº 9.263/96, a esterilização em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce, mediante a assinatura de termo específico de manifestação de vontade junto à Unimed, cujo início do cômputo do prazo iniciará com a assinatura do referido termo.

5.13.2 A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

CLÁUSULA VI – COBERTURA OBSTÉTRICA

6.1 A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

6.2 Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

6.3 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

6.4 Opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

6.5 Para fins de cobertura do pré-natal parto normal e pós-parto este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

6.5.1 Estão cobertas consultas com enfermeiro obstétrico ou obstetriz, devendo ser observado o limite de consultas e o preenchimento dos critérios previstos na diretriz de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, cuja solicitação de tais procedimentos deverão ser requeridos por médico assistente.

CLÁUSULA VII – EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

I. os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento, e/ou que não atendam às Diretrizes de Utilização (DUT) e/ou Protocolo de Utilização (PROUT) – editados pela ANS – para a segmentação contratada, bem como os procedimentos e serviços que excederem a limitação estabelecida neste mesmo rol;

II. atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências;

III. tratamento clínico ou cirúrgico experimental; isto é, aqueles que:

a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados / não regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrada na Anvisa (uso off-label) à exceção quanto à cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela Anvisa, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I. a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade

e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II. a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

IV. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. inseminação artificial; entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

VI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; assim como SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

VII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados; isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa; bem como equipamentos e materiais de uso domiciliar não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

VIII. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e equipamentos e materiais de uso domiciliar não previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

IX. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

X. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIII. necropsia;

XIV. medicina ortomolecular;

XV. mineralograma do cabelo;

XVI. vacinas, bem como sua aplicação;

XVII. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, bem como todo e qualquer atendimento domiciliar, internação domiciliar (home care), mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XVIII. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

XIX. procedimentos, exames ou tratamento realizados no exterior ou fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada;

XX. procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciadas à CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência realizados dentro da abrangência e atuação do plano, que poderão ser realizados por médicos e serviços não

credenciados e, posteriormente, reembolsados de acordo com a tabela de preços praticada pela CONTRATADA na forma e termos previstos neste contrato;

XXI. despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

XXII. os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;

XXIII. despesas não vinculadas à cobertura deste contrato ou em desacordo do que são contratadas pela CONTRATANTE;

XXIV. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXV. transplantes, exceto os de córneas, rim, transplantes autólogos e transplante hepático, que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato e no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente;

XXVI. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

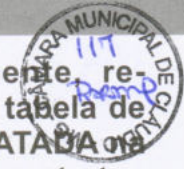
XXVII. identificação de cadáveres ou restos mortais;

XXVIII. tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, esterilidade e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação, exceto aqueles previsto no rol de procedimentos da ANS;

XXIX. cirurgias para mudança de sexo;

XXX. produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos, uso de televisão, lavagem de roupas pessoais, ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do presente plano;

XXXI. despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servi-





exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

XXXII. a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXXIII. resgate e remoção domiciliar;

XXXIV. remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante ou não da rede própria da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital não integrante da rede, à exceção quanto à remoção em ambulância para transferência para o SUS, nos casos de cumprimento de carências e Cobertura Parcial Temporária, ou falta de recursos na unidade do atendimento.

XXXV. tratamentos em SPA e casas sociais;

XXXVI. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXVII. as doenças ou lesões preexistentes e suas consequências durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, em que for necessário a realização de procedimento cirúrgico, leito de alta complexidade, ou for considerado pro-

cedimento de alta complexidade (PAC) relacionado à doença ou lesão preexistente. A contagem do prazo é iniciada na data de adesão, pelo beneficiário e do termo de cumprimento da Cobertura Parcial Temporária;

XXXVIII. transporte para a realização de exames, exceto em caso de beneficiário internado exclusivamente por solicitação do médico assistente por falta de recursos e nos casos de inexistência e indisponibilidade de prestadores na rede;

XXXIX. procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XL. especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

XLI. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XLII. atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria e rede especial listados;

XLIII. todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Máster definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, não haverá cobertura por este plano de saúde a saber:

CNPJ	PRESTADOR	MUNICÍPIO	UF	CNES
34.237.339/0001-28	CACIPP SERVICOS MEDICOS LTDA EPP	Salvador	BA	5340152
14.137.673/0001-00	HOSPITAL DE ATENDIMENTOS MEDICOS DE IRECE LTDA	Irecê	BA	2533219
14.022.735/0001-20	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA.	Alagoinhas	BA	2519933
13.518.634/0001-82	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS	Alagoinhas	BA	2519879
15.166.416/0001-51	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIENCIA	Salvador	BA	0004251



13.644.877/0001-67	CETRO -CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E ORTOPEDIA LTDA	Alagoinhas	BA	2519887
33.917.568/0001-20	CLINICA SANTA HELENA LTDA	Camaçari	BA	2647036
15.168.438/0001-50	CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S A	Salvador	BA	3616673
23.319.868/0001-54	APICE ASSISTENCIA PSIQUIATRICA E CENTRO DE ESTUDOS LTDA EPP	Salvador	BA	9080791
14.736.706/0001-20	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL LTDA	Camaçari	BA	2388073
15.194.004/0001-25	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	Salvador	BA	5407591
15.170.723/0004-59	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL	Lauro de Freitas	BA	6916104
13.016.092/0001-40	HOSPITAL ESPERANÇA S A	Salvador	BA	2389746
14.373.815/0001-20	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA	Candeias	BA	3790738
72.576.143/0001-57	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	Brasília	DF	3018520
60.884.855/0022-89	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Brasília	DF	3048551
06.047.087/0092-76	REDE DOR SAO LUIS S A	Recife	PE	2517140
10.839.561/0001-32	HOSPITAIS ASSOC DE PERNAMBUCO LTDA	Recife	PE	2517132
10.892.164/0001-24	REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO	Recife	PE	0001120
02.284.062/0001-06	HOSPITAL ESPERANCA S A	Recife	PE	2355906
11.452.240/0001-43	ORGANIZACAO HOSPITALAR DE PERNAMBUCO LTDA	Recife	PE	2352516
60.922.168/0003-48	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	Rio de Janeiro	RJ	2271443
31.635.857/0002-92	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ	9796282
06.047.087/0009-96	REDE DOR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ	3005992
28.602.407/0001-08	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-CIRURGICA INFANTIL LTDA	Rio de Janeiro	RJ	3008568
31.635.857/0001-01	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ	2297833
33.419.482/0001-78	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ	2814188
33.722.224/0001-66	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO	Rio de Janeiro	RJ	3603539



33.964.776/0001-80	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ	3075338
33.419.482/0002-59	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ	6159397
27.901.222/0001-31	J BADIM S/A	Rio de Janeiro	RJ	3048721
86.748.076/0002-04	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	Rio de Janeiro	RJ	3070794
29.435.005/0052-79	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ	6878865
33.501.214/0001-09	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ	2269406
73.696.718/0002-19	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA DE PREVENCAO E ASSIST A SAUDE	Rio de Janeiro	RJ	2273357
60.884.855/0016-30	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Rio de Janeiro	RJ	7474059
29.435.005/0057-83	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ	7421710
09.578.217/0001-58	HOSPITAL NORTE DOR DE CASCADURA S.A.	Rio de Janeiro	RJ	6681573
06.047.087/0010-20	REDE DOR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ	3034984
60.884.855/0012-07	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA	Niterói	RJ	3065634
88.625.686/0024-43	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS AESC	Porto Alegre	RS	3007847
92.685.833/0001-51	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS	3006522
52.956.901/0001-55	HOSPITAL NOVO ATIBAIA S/A	Atibaia	SP	2078228
60.678.604/0001-13	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP	2079542
60.884.855/0003-16	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S A	São Paulo	SP	2079089
60.975.737/0012-04	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP	3039420
60.975.737/0002-32	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP	2688565
60.975.737/0051-10	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP	3027600
06.047.087/0008-05	REDE DOR SAO LUIZ S A UNIDADE ASSUNCAO	São Bernardo do Campo	SP	3024660
60.961.968/0001-06	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP	2077531
06.047.087/0007-24	REDE DOR SÃO LUIZ S A UNIDADE BRASIL	Santo André	SP	2789590
59.042.622/0001-25	HOSPITALIS NUCLEO HOSPITALAR DE BARUERI LTDA	Barueri	SP	3272591



60.678.604/0002-02	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP	3087274
61.590.410/0001-24	SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS - HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP	2079127
28.290.788/0001-37	ONCO STAR SP ONCOLOGIA LTDA	São Paulo	SP	9735372
60.453.024/0003-90	ASSOCIACAO BENEFICIENTE SIRIA	São Paulo	SP	2081288
60.726.502/0001-26	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP	2076950
53.725.560/0001-70	FUNDACAO ADIB JATENE	São Paulo	SP	2088495
62.106.505/0001-92	CRUZ AZUL DE SAO PAULO	São Paulo	SP	2078589
60.884.855/0033-31	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	São Paulo	SP	0255661
28.820.713/0001-10	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA EIRELI	São Paulo	SP	9490604
61.213.674/0002-40	FUNDACAO JOSE LUIZ EGYDIO SETUBAL	São Paulo	SP	6614426
60.922.168/0007-71	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	São Paulo	SP	2688603
61.599.908/0015-53	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	São Paulo	SP	6430120
60.992.427/0006-50	BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO	São Paulo	SP	2089777
61.699.567/0001-92	SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICIN	São Paulo	SP	2077485
19.803.199/0001-14	HOSPITAL LEFORTE SA	São Paulo	SP	6283993

7.2 A lista de hospitais de tabela própria ou alto custo é atualizada periodicamente, estando disponível para consulta pelo beneficiário, na sede da CONTRATADA e no seu portal corporativo.

CLÁUSULA – VIII - DURAÇÃO DO CONTRATO

8.1 Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência. Será considerado como início de vigência a data pactuada entre as partes e constante na proposta de admissão, parte integrante deste contrato.

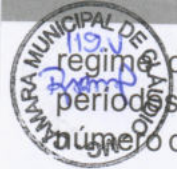
8.2 O início da vigência é a data de assinatura do

contrato, para efeito de reajuste anual. As partes podem negociar o início da vigência, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à CONTRATADA.

8.3 Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se qualquer uma das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 30 (trinta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo à cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA IX – PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1 Nos planos de assistência à saúde sob o



regime de contratação coletiva empresarial, os períodos de carência são definidos em razão do número de participantes no ato da contratação.

9.2 Se o número de participantes no ato da contratação for menor que 30 (trinta), para o atendimento previsto neste contrato, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carência, que serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário no plano:

a)	24hs	Para atendimento caracterizado como Urgência e Emergência;
b)	30 dias	Para Consultas médicas e com outros profissionais de saúde previstos no rol de procedimentos;
c)	30 dias	Para Exames Básicos; (exames laboratoriais e RX);
d)	30 dias	Para Terapias – consulta e sessões (Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional);
e)	30 dias	Para procedimentos de acupuntura;
f)	180 dias	Para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
g)	180 dias	Para procedimentos especiais, dentre eles: ultrassom e fisioterapia;
h)	180 dias	Para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
i)	180 dias	Para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
j)	180 dias	Para os demais procedimentos;
k)	180 dias	Internações psiquiátricas;
l)	180 dias	Para as demais internações, clínicas, cirúrgicas, procedimentos e coberturas previstas neste Contrato;
m)	300 dias	Para parto a termo.

9.3 Quando o número de beneficiários inscritos neste contrato for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste contrato e não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **desde que:**

- a) o beneficiário formalize o pedido de seu ingresso e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo; ou
- b) em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário e de seus dependentes a pessoa jurídica contratante.

9.4 Após o transcurso dos prazos previstos acima, os beneficiários deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

9.5 Se houver redução do número de beneficiários para menos 30 (trinta) participantes, voltará a vigorar a exigência de carência e o cumprimento de cobertura parcial temporária, nos casos de haver doenças e lesões preexistentes para as novas adesões de beneficiários.

9.6 Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação hospitalar em acomodação coletiva quando ocorrer mudança de plano de enfermaria para apartamento, contados a partir da data da celebração do novo contrato, observadas as regras de Portabilidade de Carências.

CLÁUSULA X – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1 Em contratos de plano de assistência à saúde **COLETIVO EMPRESARIAL** com menos de 30 (trinta) beneficiários, haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), em casos de doenças ou lesões preexistentes declaradas.

10.2 Em contratos de plano de assistência à saúde **COLETIVO EMPRESARIAL** com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes declaradas, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

10.3 Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu represen-

tante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162 e suas alterações posteriores.

10.4 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, integrante do presente contrato, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do seu ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

10.5 Ao ser declarado pelo beneficiário à existência de doença ou lesão preexistente, a CONTRATADA oferecerá obrigatoriamente a abertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

10.6 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

10.7 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e oferecer as opções de CPT ou Agravo, ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação da omissão de informação ou fraude na declaração de saúde.

10.8 Instaurado o processo administrativo na ANS, a CONTRATADA não poderá, sob qualquer alegação, negar a cobertura assistencial daquele que deu causa, assim como, suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, até a publicação, pela ANS, noticiando o encerramento do processo administrativo.

10.9 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

10.10 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

10.11 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

10.12 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, assumindo o ônus financeiro dessa entrevista.

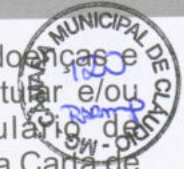
10.13 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual serão declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação ou da adesão ao plano de assistência à saúde, além, de esclarecer questões relativas às coberturas e as consequências da omissão e da fraude às informações.

10.14 Constatada, por perícia ou na entrevista qualificada, ou por meio de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo.

10.15 Agravo é acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o beneficiário.

10.16 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender as coberturas de procedimentos cirúrgicos, do uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à doença ou à lesão preexistente do beneficiário.

10.17 Os procedimentos de alta complexidade considerados pela ANS encontram-se





especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

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

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

10.20 O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar expressamente o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência. A CONTRATADA não oferecerá o agravo na contratação do plano de saúde.

10.21 Na instauração do processo administrativo na ANS, a CONTRATADA deverá apresentar provas da sua alegação, podendo utilizar qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição sabida quanto à existência de doença ou da lesão preexistente.

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

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

10.24 Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela CONTRATADA e, se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

CLÁUSULA XI - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I. **urgência**, assim entendidos, os resultados de acidentes pessoais ou de

complicações no processo gestacional; e
II. **emergência**, como tal definidos, os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

11.2 A cobertura nas urgências e emergências será prestada por no **máximo** 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação, por período inferior, para:

I. os atendimentos de urgência e emergência referentes à complicação do processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II. os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III. os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

11.3 De acordo com o previsto na cláusula 11.2, quando necessária para a continuidade do atendimento a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

11.4 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, dos órgãos e das funções.

11.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da data de inclusão do beneficiário no plano.

11.6 Para fins de cobertura, prazos de carência e CPT, as lesões auto-infligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

11.7 DA REMOÇÃO

11.7.1 A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I. para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carências ou houver acordo de Cobertura Parcial Temporária que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

11.7.2 DA REMOÇÃO PARA O SUS:

I. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

II. Quando não puder haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

III. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

IV. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

11.7.3 Para cobertura de remoção eletiva ou de urgência e emergência hospitalar, o beneficiário e/ou seu responsável deverá obrigatoriamente entrar em contato com a CONTRATADA por meio da sua Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, pelo telefone (37) 3222.8888.

11.7.3.1 Em caso de contratação de serviço de remoção de forma particular sem que tenha havido contato com a CONTRATADA para solicitação do serviço não será devido

reembolso.

11.8 DO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.8.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso **no limite das obrigações contratuais**, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência**, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA respeitadas a área de abrangência e atuação deste plano de saúde e demais condições deste instrumento contratual.

11.8.2 A solicitação do reembolso e envio da documentação deverá ser feita pelo beneficiário diretamente para a CONTRATADA, devendo para tanto apresentar os seguintes documentos:

a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;

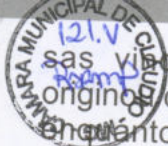
d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

11.8.3 O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação original completa pela CONTRATADA, e **seu valor não poderá ser inferior à tabela de referência/preços praticada por esta junto à rede assistencial do presente plano descontados eventuais valores de coparticipação.**

11.8.4 O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de decaimento do seu direito ao reembolso.

11.8.5 Somente serão reembolsáveis as despe-





vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência e nos limites das condições deste contrato.

11.8.6 Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário ou seu representante legal optar por ser atendido fora da abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da CONTRATADA.

11.8.7 À CONTRATADA reserva-se o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento durante o estado de urgência e emergência.

11.8.8 Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA solicitará complementação dos documentos, suspendendo-se a contagem do prazo máximo de 30 (trinta) dias para o reembolso.

11.8.9 O valor a ser reembolsado será pago ao beneficiário ou seu representante legal, sendo indispensável à apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

CLÁUSULA XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para utilização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

12.1 DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

12.1.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento.

12.1.2 Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer

desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão da segunda via.

12.1.3 A segunda via do cartão individual de identificação será emitida pela CONTRATADA após solicitação da CONTRATANTE por escrito e mediante pagamento de taxa vigente à época, constante da proposta de admissão como parte integrante deste contrato.

12.1.4 É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda em caso de exclusão de beneficiário, seja titular ou dependente, devolver imediatamente os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos, porventura, fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades à CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato.

12.1.5 Será considerado uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste contrato, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários **que perderam sua condição de beneficiário** por exclusão ou término do contrato ou, em qualquer hipótese, por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

12.1.6 O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, identificado pela CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como após apuração do fato, a responsabilização deste por todas as consequências e a exclusão do respectivo beneficiário.

12.1.7 A CONTRATANTE se obriga a notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, bem como, alterações de dados cadastrais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

12.2 DA COPARTICIPAÇÃO

12.2.1 Este plano prevê a cobrança de coparticipação sobre a despesa assistencial a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

12.2.2 Os valores referentes à coparticipação estão de acordo com as normas editadas pela

ANS.

12.2.3 Os valores de coparticipação referentes à realização de procedimentos estarão sujeitos à variação de acordo com o que for realizado pelo beneficiário e serão cobrados e atualizados periodicamente, conforme tabelas disponíveis no site da CONTRATADA, através do link www.unimed.coop.br/divinopolis, bem como na proposta de admissão, parte integrante deste instrumento contratual.

12.2.4 Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento das quantias referentes às coparticipações tanto em valores fixos quanto em percentuais, e serão encaminhados juntamente com o boleto relativo à contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

12.2.5 A cobrança de coparticipação, em valores fixos ou em percentual, referente à utilização do plano pelos beneficiários se dará nas seguintes hipóteses:

1. Consultas médicas eletivas realizadas em consultório;
2. Consultas realizadas em Pronto Atendimento e nas urgências e/ou emergências dos Hospitais credenciados;
3. Exames básicos/ambulatoriais;
4. Exames especiais/alta complexidade/alto custo;
5. Terapias básicas/procedimentos realizados com outros profissionais da área de saúde, seja através de consulta/sessão/terapia, com Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, enfermeiro obstétrico e obstetrix;
6. Terapias especiais;
7. Terapias para tratamento do câncer (quimioterapia/radioterapia);
8. Demais procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos vigente, como por exemplo a inserção de DIU;
9. Demais procedimentos ambulatoriais realizados em hospital-dia;
10. Internações clínicas e cirúrgicas por evento;
11. Internações em hospital-dia, por evento para realização de procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, como cirurgia de catarata, ptose palpebral, etc.;
12. Internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia;
13. Curativos previstos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS realizados em regime ambulatorial, com ou sem anestesia.

12.2.6 Haverá cobrança de coparticipação

hospitalar, por evento, em valor fixo definido na proposta de admissão, parte integrante deste contrato, para os casos de internações clínicas e cirúrgicas, tanto eletivas como aquelas consideradas de urgência e/ou emergência.

12.2.7 Haverá cobrança de coparticipação, por evento, no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das tabelas de preços praticadas entre a CONTRATADA e a rede de prestadores credenciados e/ou contratados em todos os procedimentos previstos neste contrato para a segmentação ambulatorial, bem como para consultas médicas, procedimentos da segmentação ambulatorial realizados dentro da consulta médica, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, como por exemplo, a inserção de DIU, dentre outros, serviços de apoio/diagnóstico, procedimentos de alta complexidade/alto custo realizados em ambulatório, procedimentos realizados em pronto atendimento de urgência e/ou emergência, em caso de disponibilização de medicamentos, inclusive antineoplásicos orais domiciliares para tratamento de câncer, cirurgias oftalmológicas em que não há necessidade de internação clínica, fornecimento de imunoterápicos em geral, disponibilização de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda e coletor, equipamentos coletores e adjuvantes.

12.2.7.1 Importante esclarecer que, entende-se por tratamento ambulatorial os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, de um prestador hospitalar ou clínica, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares. Ainda, destaca-se que os procedimentos classificados como de alta complexidade constam no Rol de Procedimentos vigente, anexo I, e suas posteriores alterações.

12.2.8 Haverá cobrança em valor fixo quando da realização pelos beneficiários de exames bioquímicos (exames laboratoriais), bem como quando da realização de consultas/sessões de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e fisioterapia como definido nas tabelas anexas a este contrato (anexo I, II, III e IV).

12.2.9 Os valores estipulados nas tabelas citadas acima anexas a este contrato, e na proposta de admissão, serão cobrados por cada procedimen-



to realizado pelo beneficiário.

12.2.10 Em todos os tipos de consultas médicas, haverá incidência do fator moderador de coparticipação por procedimento realizado.

12.2.11 O prazo para retorno de consulta, bem como a classificação da referida consulta como retorno, é um critério único e exclusivo do médico assistente do beneficiário, conforme estabelecido na resolução normativa 566/2022 e suas posteriores alterações.

12.2.12 Os valores fixos e em percentuais referentes à realização de procedimentos em ambulatório serão alterados anualmente, e, terão por base os valores pagos aos médicos cooperados e a tabela de preços praticadas com a rede de prestadores credenciados, sendo certo que as referidas tabelas de valores fixos constantes dos anexos I, II, III e IV terão a versão atualizada disponível no site da CONTRATADA, através do link www.unimed.coop.br/divinopolis.

12.2.13 Os valores das coparticipações hospitalares serão reajustados automática e anualmente ou, na menor periodicidade legalmente permitida, pela variação positiva, acumulada dos últimos 12 (doze) meses, do índice IPCA-Saúde, disponível no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE ou através de livre negociação entre as partes.

12.2.14 Os valores referentes à cobrança após realização de procedimentos pelos beneficiários tanto em ambulatório quanto coparticipação fixa hospitalar, deverão ser pagos ainda que a cobrança seja encaminhada em mês diferente daquele em que ocorreu a realização do procedimento que gerou a cobrança, inclusive após o cancelamento do plano de saúde.

12.2.15 A cobrança de valores referentes à realização de procedimento (coparticipação) não caracteriza o financiamento integral do mesmo e não é utilizada como forma de restrição severa uma vez que obedece os tetos estabelecidos na regulamentação vigente da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como o Superior Tribunal de Justiça – STJ já reconheceu como válida a cláusula de coparticipação em contratos de plano de saúde.

12.2.16 A CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrada coparticipação do beneficiário no percentual de 30% (trinta por cento) do custeio dos procedimentos realizados em cada diária excedida.

12.3 DOS PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS

12.3.1 Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA exclusivamente na área de abrangência geográfica deste plano, por meio de seus médicos cooperados e rede própria e/ou contratada, conforme relação constante no GUIA MÉDICO, entregue ao CONTRATANTE.

12.3.1.1 Nos termos da regulamentação vigente, este plano de saúde não prevê reembolso ou atendimento em rede de outra operadora para beneficiário em trânsito, fora da abrangência geográfica e atuação do plano, inclusive nos casos de urgência e emergência, nos termos da Instrução Normativa 26 e suas posteriores alterações.

12.3.2 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos vigentes à época do evento, por meio de médicos cooperados, conforme Guia Médico pertencente ao plano adquirido. O beneficiário poderá ter acesso às atualizações do Guia Médico na sede da CONTRATADA, por meio do serviço de atendimento ou por meio da Internet www.unimed.coop.br/divinopolis.

12.3.3 As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da CONTRATADA.

12.3.4 Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia serão prestados pela CONTRATADA, através da rede própria ou contratada constante no Guia Médico, mediante solicitação do médico assistente.

12.3.5 Para internações eletivas (programadas), o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A CONTRATADA emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

12.3.6 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

12.3.7 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela CONTRATADA.

12.3.8 Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responde, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

12.3.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos Médicos vigente na época do evento ou no contrato.

12.4 DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS

12.4.1 Para realização dos procedimentos pelos beneficiários a CONTRATADA exige a autorização prévia para os procedimentos previstos neste instrumento.

12.4.2 O beneficiário **deverá requerer à CONTRATADA a emissão da autorização prévia para realização dos procedimentos**, nos seguintes casos:

- a) Internações clínicas e cirúrgicas eletivas;
- b) Procedimentos de alta complexidade;
- c) Procedimentos que utilizam materiais e/ou medicamentos;
- d) Durante as internações, nos seguintes casos: inclusão de novos procedimentos cirúrgicos, uso de próteses, órteses, materiais especiais e de síntese;
- e) Medicamentos para tratamentos oncológicos;
- f) Hemodinâmica;
- g) Radiologia Intervencionista;
- h) Consultas/Sessões com psicoterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta

e terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico e obstetrix.



12.4.3 Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada pelo beneficiário, a CONTRATADA demandada **terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário, observados os prazos máximos de atendimento previstos na RN 566/2022 publicada pela ANS e suas posteriores alterações.**

12.4.4 Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (PAC) e internações, o prazo será de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.

12.4.5 As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência são autorizadas imediatamente, em observância da regulamentação em vigor.

12.4.6 Em havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a CONTRATADA informará ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual prevista neste instrumento ou o dispositivo legal que a justifique.

12.4.7 Para realização dos procedimentos pelos beneficiários, a CONTRATADA exige a autorização prévia para os procedimentos previstos neste instrumento.

12.4.8 Será garantido ao beneficiário atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

12.4.9 A autorização prévia observará os prazos para resposta à solicitação e realização do procedimento, conforme definido pelas resoluções normativas 395/2016 e RN 566/2022 publicadas pela ANS.

12.4.10 Os procedimentos autorizados deverão ser realizados na rede credenciada e/ou cooperativa da CONTRATADA, nos municípios da área de atuação deste plano de saúde.

12.4.11 As guias de atendimento autorizadas



durante a vigência do contrato terão a validade de 60 (sessenta) dias, podendo ser revalidadas desde que o contrato esteja vigente.

12.4.12 Nos casos em que o beneficiário solicitar o cancelamento ou exclusão, as guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas para realização de procedimentos. Na hipótese de realização de quaisquer procedimentos após o cancelamento do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência e emergência, o CONTRATANTE arcará integralmente com o custo.

12.5 PERÍCIA MÉDICA

12.5.1 A CONTRATADA poderá realizar perícia médica na admissão do beneficiário no plano de saúde ou nos casos de autorização de procedimentos. A realização de perícia médica poderá ser feita nos relatórios, laudos e exames, bem como junto ao beneficiário de forma presencial.

12.6 JUNTA MÉDICA

12.6.1 A CONTRATADA garantirá, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimentos ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar a divergência quanto ao procedimento indicado. A junta médica ou odontológica será formada por 03 (três) profissionais, quais sejam o assistente, o médico da CONTRATADA e o desempatador, observando a regulamentação em vigor.

12.6.2 Para formação da junta médica ou odontológica, as notificações entre operadora, profissional assistente, desempatador e beneficiário poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento (AR), telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua ciência inequívoca.

12.6.3 Antes da decisão de formação da junta, a CONTRATADA poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, da qual observará os prazos de garantia de atendimento previstos na regulamentação vigente.

12.6.4 Na formação da junta médica ou odontológica, o profissional assistente e o profissional da CONTRATADA poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador. O comum acordo

na escolha do desempatador, previsto, não desobriga a CONTRATADA do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica. O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

12.6.5 A CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

12.6.6 No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, serão observadas as seguintes disposições:

I. cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e

II. o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

12.6.7 A CONTRATADA instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 03 (três) marcas ou a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.

12.6.8 A junta médica será composta somente por médicos e a junta odontológica somente por cirurgiões-dentistas.

12.6.9 Poderá integrar como desempatador, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da CONTRATADA, para opinar em assuntos de sua competência:

- I. o cirurgião-dentista na junta médica; ou
- II. o médico na junta odontológica.

12.6.10 O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do Conselho Federal de Odontologia (CFO).

12.6.11 A CONTRATADA arcará com os honorários do desempatador, inclusive despesas de passagem e estadia, quando necessário. As despesas previstas serão devidas ao profissional

assistente, quando solicitado a participar de junta presencial.

12.6.12 A CONTRATADA notificará, simultaneamente, o profissional assistente e o beneficiário, ou seu representante legal com documento circunstanciado que conterà:

- I. a identificação do profissional da CONTRATADA responsável pela avaliação do caso;
- II. os motivos da divergência técnico-assistencial;
- III. a indicação de 04 (quatro) profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações de acordo com o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), ou currículo profissional;
- IV. a previsão de prazo para a manifestação do profissional assistente;
- V. a notificação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição, pela CONTRATADA, dentre os indicados;
- VI. a informação de que o beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento; e
- VII. a informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, em caso de junta presencial, desobrigará a CONTRATADA a cobrir o procedimento solicitado.

12.6.13 O profissional assistente terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação, para manter a indicação clínica ou acolher os motivos da divergência técnico-assistencial da CONTRATADA. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela CONTRATADA para formação da junta. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os 04 (quatro) sugeridos.

12.6.14 Os profissionais sugeridos pela CONTRATADA serão, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho. Sendo facultada à CONTRATADA firmar acordos com conselhos

profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação dos 04 (quatro) profissionais previstos anteriormente.

12.6.15 A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador, devendo observar os trâmites previstos na Resolução Normativa da ANS nº 424/2017 e suas alterações posteriores.

12.6.16 O desempatador poderá solicitar, fundamentadamente, exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso em que será suspenso o prazo da garantia de atendimento a partir da data da solicitação desses exames. Os exames solicitados pelo desempatador são cobertos pela CONTRATADA sem a necessidade de autorização prévia, observada a segmentação ambulatorial contratada.

12.6.17 A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento, não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da CONTRATADA, após cumpridos todos os procedimentos estabelecidos na regulamentação vigente.

12.7 DA REDE DE PRESTADORES

12.7.1 A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme artigo 17 da Lei nº 9.656/98.

12.7.2 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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.

12.7.3 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

12.7.4 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com

12.4.v
a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

12.7.5 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e, posteriormente, será comunicado aos beneficiários e a CONTRATANTE.

12.7.6 As substituições de prestadores da rede credenciada da CONTRATADA são publicadas e disponibilizadas no seu Portal Corporativo na Internet em www.unimed.coop.br/divinopolis e por meio da sua Central de Atendimento.

12.7.7 A substituição de prestadores não se aplica no caso de profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico da sociedade cooperativa na forma da Lei 5.764/1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa médica ou odontológica, profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras.

12.7.8 A CONTRATADA garantirá o atendimento na rede do plano de saúde, com os médicos do corpo clínico dos estabelecimentos próprios/contratados.

12.7.9 A substituição de demais prestadores de serviços não hospitalares na rede do plano de saúde ocorrerá preferencialmente no mesmo município e, nas hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores esta substituição ocorrerá nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos da regulamentação em vigor.

12.7.10 Se ocorrer descredenciamento, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida.

CLAÚSULA XIII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

13.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço preestabelecido.

13.2 Por ser um plano coletivo empresarial, o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, junto à CONTRATADA, à exce-

ção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98) e aos entes da administração pública (funcionários públicos – quando o contrato for por vínculo estatutário).

13.3 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Admissão, por cada beneficiário, para efeito de **inscrição, mensalidade e coparticipação**, por meio da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

13.4 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE.

13.5 As mensalidades e demais valores de responsabilidade da CONTRATANTE serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, e de acordo com a proposta de admissão.

13.6 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

13.7 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina, nem reduz, os prazos de carência deste contrato.

13.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

13.9 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários titulares e dependentes, que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, dentro de uma mesma faixa etária.

13.10 A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após o envio da devida notificação, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

13.11 No momento da contratação do plano e a cada adesão, será apresentado aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, como empregado ativo e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas

atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

13.12 As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela CONTRATADA a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

13.13 Será de responsabilidade dos beneficiários inativos o pagamento da mensalidade e coparticipações, previstas contratualmente, diretamente à CONTRATADA, se mantidos no plano de saúde após o desligamento da CONTRATANTE.

13.14 Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) estiver enquadrado.

13.15 As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes na proposta de admissão parte integrante deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

13.16 Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.

13.17 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal que deverá ser **enviada até a data limite do cronograma de movimentação entregue a CONTRATANTE em média com 35 (trinta e cinco) dias de antecedência do vencimento da fatura**, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

13.18 Quando da inclusão de um novo dependente neste plano de saúde, a contraprestação pecuniária será cobrada de acordo com o valor da tabela adotada na contratação do titular, cuja atualização se dará com base nos reajustes aplicados ao contrato.

CLAÚSULA XIV - REAJUSTE

14.1 Considera-se reajuste qualquer variação

positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato à exceção quanto à variação por mudança de faixa etária.

14.2 Os valores de mensalidade previstos no presente contrato, incluindo a proposta de admissão, serão reajustados automática e anualmente ou, na menor periodicidade legalmente permitida, pela variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses do índice IPCA-Saúde, disponível no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

14.3 Para fins de reajuste financeiro anual, **não será aplicado reajuste negativo** a este contrato de plano de assistência à saúde.

14.4 Além do índice estipulado no item anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento) no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = \{(1+RT) \times (1+IROL) \times (1+RF) \times (1+AREM) - 1\} \times 100$$

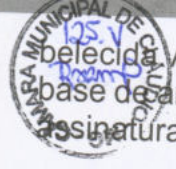
RT: Reajuste Técnico Mínimo (calculado com base na sinistralidade, razão dos custos assistenciais líquidos pela receita e a meta definida em contrato).

RF: Reajuste Financeiro (percentual positivo de correção financeira para atualização dos custos assistenciais, considerando a **inflação acumulada positiva** no período de análise do contrato, composta por 12 (doze) meses, sendo o índice IPCA-Saúde, disponível no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao Rol de Procedimentos.

AREM: Impacto do aumento de remuneração em função de negociação com a rede de prestadores assistenciais para o próximo período em relação ao vigente. Na hipótese em que o AREM for superior ao reajuste financeiro (RF), será aplicado apenas a variação entre o AREM e o reajuste financeiro anual, de acordo com a metodologia de cálculo e parecer técnico atuarial.

14.5 A sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais líquidas e as receitas assistenciais diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos e a meta da sinistralidade esta-



A aplicação do reajuste ocorrerá na data da assinatura do contrato.

14.6 O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75% (setenta e cinco por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

Fórmula do Reajuste Técnico Mínimo (RT):

$$R_{\text{Técnico Mínimo}} = \frac{S}{S_m} - 1$$

S = Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses).

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade.

14.7 A sinistralidade é o índice que mensura o quanto da despesa assistencial líquida é representada nas contraprestações pecuniárias arrecadadas pela operadora, conforme a formulação descrita a seguir:

$$S = \frac{(EI - CF)}{CP}$$

Sendo que:

CP = Soma das contraprestações pecuniárias observadas nos últimos 12 meses.

EI = Soma dos eventos indenizáveis observados nos últimos 12 meses.

CF = Soma das coparticipações/franquias observadas nos últimos 12 meses.

14.8 Este contrato receberá o reajuste retroativo a data do seu aniversário nos casos em que a negociação para a aplicação de reajuste ultrapassar a data de aniversário à exceção quanto às contratantes participantes do agrupamento de contratos.

14.8.1 Em conformidade com o previsto na cláusula 14.8, não havendo o acordo entre as partes sobre o percentual de reajuste e, ocorrendo a rescisão deste contrato, a CONTRATANTE obriga-se a efetuar o pagamento de no mínimo 80% (oitenta por cento) do índice de reajuste apurado e que seria devido, desde a data de aplicação do reajuste até a data da rescisão.

Reajuste Agrupamento de Contratos coletivos com menos de 30 participantes:

14.9 Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde é inferior a 30 (trinta) participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento de contrato com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 (trinta) participantes.

14.10 O agrupamento de contratos é a medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

14.11 Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento, caso, no futuro, venha atingir 30 (trinta) participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

14.12 Para aplicação do reajuste do agrupamento de contratos será adotada a **variação positiva acumulada nos últimos 12 (doze) meses** do índice financeiro IPCA-Saúde, disponível no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

14.13 Para fins de reajuste financeiro anual, não será aplicado reajuste negativo a este contrato de plano de assistência à saúde.

14.14 Além do índice estipulado no item anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento) no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = \{(1+RT) \times (1+IROL) \times (1+RF) \times (1+AREM) - 1\} \times 100$$

RT: Reajuste Técnico Mínimo (calculado com base na sinistralidade, razão dos custos assistenciais líquidos pela receita e a meta definida em contrato).

RF: Reajuste Financeiro (percentual positivo de correção financeira para atualização dos custos

assistenciais, considerando a **inflação acumulada positiva** no período de análise do contrato, composta por 12 meses, sendo o índice IPCA-Saúde, disponível no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

IROL: Percentual de impacto das novas coberturas incorporadas ao Rol de Procedimentos.

AREM: Impacto do aumento de remuneração em função de negociação com a rede de prestadores assistenciais para o próximo período em relação ao vigente.

14.15 A sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais líquidas e as receitas assistenciais diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos e a meta da sinistralidade estabelecida. A aplicação do reajuste ocorrerá na data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato.

14.16 O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75% (setenta e cinco por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

Fórmula do Reajuste Técnico Mínimo:

$$R_{\text{Técnico Mínimo}} = \frac{S}{S_m} - 1$$

S = Corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses).

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade.

14.17 A sinistralidade é o índice que mensura o quanto da despesa assistencial líquida é representada nas contraprestações pecuniárias arrecadadas pela operadora, conforme a formulação descrita a seguir:

$$S = \frac{(EI - CF)}{CP}$$

Sendo que:

CP = Soma das contraprestações pecuniárias observadas nos últimos 12 meses.

EI = Soma dos eventos indenizáveis observados nos últimos 12 meses.

CF = Soma das coparticipações/franquias observadas nos últimos 12 meses.

14.18 Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, bem como as coparticipações, quando houver.

14.19 Fica ainda estabelecido que:

a) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

b) As variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração não são consideradas reajuste financeiro anual.

c) O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação positiva do índice estabelecido pelas partes e previsto nessa cláusula.

d) Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

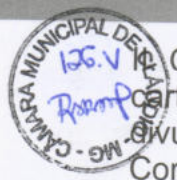
e) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde.

14.20 Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato.

14.21 Os valores relativos à taxa de inscrição serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

14.22 Será disponibilizado plano de saúde exclusivo para ex-empregados, assinado pela CONTRATANTE e contemplará o seguinte:

I. Para fins de aplicação de reajuste anual, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da CONTRATADA é tratada de forma unificada sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos, conforme artigo 21 da RN 279 e suas posteriores alterações.



O percentual de reajuste aplicado à carteira de planos de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA no seu Portal Corporativo no prazo estipulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CLÁUSULA XV - FAIXAS ETÁRIAS

15.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

15.2 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês subsequente do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente e definida nesta cláusula.

15.3 As faixas etárias para os fins deste contrato são:

- 1º: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2º: de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 3º: de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 4º: de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 5º: de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 6º: de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 7º: de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 8º: de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 9º: de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 10º: 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

15.4 A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária, corresponderá aos percentuais indicados neste contrato e na Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato, incidindo sempre sobre o preço correspondente a faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

Faixa Etária	Percentual de Reajuste (%)
Da 1ª para 2ª faixa	68,07%
Da 2ª para 3ª faixa	14,68%
Da 3ª para 4ª faixa	5,76%
Da 4ª para 5ª faixa	2,60%

Da 5ª para 6ª faixa	6,68%
Da 6ª para 7ª faixa	7,73%
Da 7ª para 8ª faixa	11,12%
Da 8ª para 9ª faixa	6,88%
Da 9ª para 10ª faixa	97,16%

15.5 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária.

15.6 A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

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

15.8 Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

15.9 Em cumprimento ao disposto na RN 488 e suas posteriores alterações no ato da contratação do plano, a CONTRATADA, apresentará a CONTRATANTE para disponibilização aos beneficiários a tabela de preço por faixa etária.

CLÁUSULA XVI - REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS APOSENTADOS OU DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA

16.1 Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados:

I. A CONTRATADA assegurará ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de

trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATADA** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, observada a RN 488/2022, e suas posteriores alterações.

II. O período de manutenção da condição de beneficiário para **ex-empregado DEMITIDO OU EXONERADO** sem justa causa será de **1/3 (um terço) do tempo de contribuição** ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de **06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses**.

III. O período de manutenção da condição de beneficiário para o **ex-empregado APOSENTADO** será:

- a) **indeterminado**, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou
- b) à razão de **um ano para cada ano de contribuição**, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos.

16.1.1 Em havendo a migração entre planos da CONTRATADA o período de contribuição no plano anterior será contado, para fins de manutenção, inclusive nos casos de sucessão de empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, nos termos da regulamentação em vigor.

16.2 A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações).

16.2.1 – O preço das mensalidades deste plano de saúde seja para empregados, ex-empregados e seus dependentes é calculado e cobrado por faixa etária de acordo com as dez faixas previstas na RN 563/2022, nos termos previstos na cláusula faixa etárias deste instrumento.

16.3 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de **30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de

trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado ou da comunicação da aposentadoria, e suas posteriores alterações.

16.4 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

16.5 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações. Em sendo mantido os beneficiários dependentes no plano, o dependente ou seu representante legal deverá assinar Termo de Assunção de Obrigações.

16.6 O beneficiário titular que contribuiu para o plano terá até **30 (trinta) dias, contados da assinatura do aviso prévio** para obter o benefício junto a CONTRATADA, cabendo à CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO demitido.

16.7 O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

16.8 Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição à participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, coparticipação na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

16.9 O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

16.10 Os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, extingue-se na ocorrência de qualquer das hipóteses a seguir:

- I. pelo decurso dos prazos de permanência previstos neste contrato e na RN nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações;
- II. pela admissão do beneficiário, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional, que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão,



devido ser comunicado o fato à CONTRATADA;

III. pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados;

IV. pela renúncia do ex-empregado ao direito previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;

V. pela omissão da manifestação e assinatura do Termo de Opção no prazo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da CONTRATANTE.

16.11 É assegurado ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o direito de exercer a portabilidade de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da RN nº 488/2022 e da RN nº 438/2016, e suas posteriores alterações.

16.12 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e na RN nº 488/2022, e suas posteriores alterações.

16.13 Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde

16.13.1 No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados pela CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias** após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano individual familiar.

16.13.2 Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

16.13.3 Considera-se, para fins de contagem de

prazos de carência, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

16.13.4 Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário, bem como aos demais valores de mensalidade ou coparticipação relacionados aos dependentes e agregados (inciso I do art. 2º da RN 488 e suas posteriores alterações).

16.13.5 O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das mensalidades de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quingagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias, inscrição do débito no cadastro de inadimplente.

16.13.5.1 O cancelamento do plano por inadimplência não isentará o ex-empregado do pagamento das mensalidades pendentes sem prejuízo de comunicação ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC). Na hipótese de cancelamento, não haverá a possibilidade de reativação do respectivo plano, mesmo que haja a quitação posterior do débito. A contratação de novo plano de saúde poderá ocorrer com o cumprimento de carências previstas na Lei 9.656/98 e com a verificação de doenças ou lesões preexistentes para fins de cumprimento de cobertura parcial temporária.

16.13.6 É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do empregado de contratar plano individual familiar no prazo estabelecido.

16.13.7 Para manutenção do ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, como beneficiário do plano, a CONTRATANTE poderá manter o ex-empregado neste mesmo plano/contrato em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou contratar um plano exclusivo, separado do plano dos empregados ativos mediante a assinatura de contrato específico nos termos da RN 488/2022 e suas posteriores alterações.

16.13.8 Se o CONTRATANTE houver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-empregado, é obrigatório somar

os prazos de contribuição relativos aos planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-empregado pelo período correspondente calculado na forma do contrato celebrado.

16.13.9 A regra prevista no item anterior se aplica a sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão da CONTRATANTE, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

16.13.10 A CONTRATANTE se obriga a comunicar a CONTRATADA eventual alteração da forma de custeio do plano de saúde.

16.13.11 A CONTRATANTE deve informar ao beneficiário ex-empregado, no Termo de Opção de permanência no plano que lhe faculta permanecer na condição de beneficiário, que este é obrigado a comunicar imediatamente à CONTRATADA seu ingresso em novo emprego ou vínculo profissional, que ofereça plano de saúde sob pena de arcar com os custos reais dos procedimentos realizados.

16.13.12 Poderá o ex-empregado demitido, ou exonerado sem justa causa ou aposentado, optar por excluir parte ou a integralidade de seu grupo familiar anteriormente escrito, não podendo exigir posteriormente sua reintegração.

CLAÚSULA XVII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

17.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) por pedido de exclusão do beneficiário titular;
- d) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- e) por falecimento.

17.1.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular, inclusive, na hipótese de divórcio ou separação, observadas as demais disposições previstas neste instrumento;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;

d) pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98 e RNs 488/2022, 438/2017, e suas posteriores alterações;

e) por falecimento do titular ou do próprio dependente, observada as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN's 488/2022, 438/2017 e suas posteriores alterações.

17.2 Na ocorrência de falecimento de beneficiários vinculados a este plano de saúde é obrigatório a comunicação do fato imediatamente à CONTRATADA.

17.2.1 As obrigações decorrentes deste contrato, no que se refere ao beneficiário que vier a falecer, somente se extinguem com a comunicação do fato à CONTRATADA.

17.3 A CONTRATADA somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;
- c) inadimplência (somente nos casos de beneficiário vinculado a órgão público, aposentados e demitidos).

17.4 A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

17.5 A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, observado o disposto na RN 279 e suas posteriores alterações.

17.6 As exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou eletrônico à CONTRATADA, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação.



Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, devendo observar o seguinte:

- a) o beneficiário titular deverá solicitar diretamente à CONTRATANTE, por meio do preenchimento de formulário específico, a sua exclusão ou do seu dependente vinculado ao plano de saúde;
- b) a CONTRATANTE se obriga a cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, a partir de então, ficará a CONTRATADA responsável pelo processamento da exclusão.

17.7.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a CONTRATADA a suspensão ou exclusão de beneficiários, mediante notificação desta aos beneficiários, devendo comprovar junto a CONTRATADA por meio do envio da cópia da notificação feita ao beneficiário.

17.8 A falta de comunicação dentro do prazo, sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA que fornecerá o comprovante da solicitação.

17.9 O cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência da CONTRATADA.

17.10 As despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas dos serviços após a solicitação de exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do beneficiário titular, a quem competirá arcar integralmente com o custo.

17.11 As solicitações de exclusões de beneficiários aposentados, demitidos ou exonerados serão realizadas pelo próprio beneficiário titular, diretamente na CONTRATADA.

17.12 Em havendo a perda de vínculo do beneficiário este será comunicado pela CONTRATADA para contratação de novo plano de saúde ou exercício da portabilidade de carências.

17.13 Nas solicitações de exclusão a pedido do beneficiário titular, a CONTRATANTE tem o prazo de 30 (trinta) dias para dar ciência à CONTRATADA. Expirado este prazo, o beneficiário poderá fazer a solicitação de exclusão diretamente à CONTRATADA, cuja data de exclusão será computada a partir da ciência da operadora do

efetivo pedido.

17.13.1 A exclusão ocorrerá de forma imediata a partir da ciência da CONTRATADA, em caráter irrevogável.

CLÁUSULA XVIII – RESCISÃO

18.1 A CONTRATANTE poderá manifestar a rescisão do presente contrato **imotivadamente** desde que haja notificação com antecedência de 30 (trinta) dias.

18.1.1 Nos termos dos artigos 421 e 422 do Código Civil na hipótese de perdas, danos ou apuração de prejuízos, a CONTRATADA poderá exigir complemento de valores.

18.1.2 A apuração de prejuízos será calculada com base nas receitas, contraprestações líquidas e despesas assistenciais líquidas, caso montante das despesas seja superior as receitas, observada a meta da sinistralidade será caracterizado prejuízo a ser ressarcido pela CONTRATANTE, pessoa jurídica.

18.1.3 Não cumprida à obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado, nos termos do artigo 389 do Código Civil.

18.2 A CONTRATADA poderá rescindir imotivadamente este contrato junto a CONTRATANTE, pessoa jurídica, mediante notificação com 30 (trinta) dias de antecedência após a vigência mínima de 12 (doze) meses.

18.3 Nos termos da RN 432/2018 e suas alterações posteriores, a CONTRATADA poderá propor a rescisão contratual imotivadamente com a CONTRATANTE de natureza jurídica Empresário Individual, após 12 (doze) meses da contratação e na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão será feita com **60 (sessenta)** dias de antecedência ao aniversário do contrato.

18.3.1 A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade dos beneficiários, sob pena de rescisão pela CONTRATADA.

18.3.2 O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela CONTRATADA em caso de fraude, perda de vínculo com a CONTRATANTE, ou por não pagamento das mensalidades.

18.3.3 Nos termos previstos na cláusula 18.2, o contrato celebrado com o empresário individual, a CONTRATADA apresentará as razões da rescisão no ato da comunicação.

18.4 Verificada a **ilegitimidade** do CONTRATANTE, empresário individual, no aniversário deste contrato, a CONTRATADA promoverá a rescisão deste instrumento, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, caso não seja comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

18.4.1 A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e nos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários sob pena de rescisão contratual.

18.5 A falta de comunicação, nos termos das cláusulas 18.1 e 18.2, implicam na subsistência das obrigações assumidas.

18.6 A responsabilidade da CONTRATADA, sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de notificação mencionados, correndo as despesas a partir de então por conta da CONTRATANTE, pessoa jurídica ou empresário individual, independentemente do motivo da rescisão, inclusive as despesas com internações em curso de beneficiários, a internação será mantida, sendo o custo a partir da rescisão suportado pela CONTRATANTE.

18.6.1 Nos termos previstos na cláusula 18.6 a CONTRATANTE está ciente e se responsabiliza pelo pagamento de todo custo da internação de seus beneficiários internados após a rescisão deste contrato.

18.6.2 Na hipótese de haver a rescisão do contrato para contratação de uma outra operadora de plano privado de assistência à saúde, em havendo beneficiários em regime de internação, a CONTRATANTE se obriga a fazer a transferência destes beneficiários para a nova operadora contratada, para dar continuidade à assistência.

18.6.3 Em caso de não pagamento da CONTRATANTE das respectivas despesas do custo da assistência do beneficiário internado após a rescisão, garante o direito de a CONTRATADA realizar a cobrança pelos meios

legais cabíveis, como inscrição do débito nos órgãos de proteção ao crédito, protesto cartorial e/ou cobrança judicial.



18.7 O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, pessoa jurídica ou empresário individual, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica a suspensão da cobertura assistencial, mediante notificação prévia, até que a CONTRATANTE efetue o pagamento devido à CONTRATADA no prazo estabelecido, sem prejuízo à rescisão contratual após este prazo.

18.7.1 Na notificação mencionada, será estipulado o prazo para a quitação da(s) parcela(s) vencida(s), bem como informada a data da suspensão/rescisão, no caso de não pagamento.

18.8 Sem prejuízo das penalidades legais, este contrato será rescindido, mediante prévia notificação a CONTRATANTE, pessoa jurídica ou empresário individual com prazo determinado para cumprimento das normas legais previstas neste contrato, nas seguintes situações:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Declaração de informações falsas ou incompletas, ou omissão destas;
- c) Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias, com notificação à CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de suspender a assistência e de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias, bem como, inscrição no cadastro de inadimplentes;
- d) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes;
- f) Tentativa de impedir ou dificultar a realização de quaisquer exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos da CONTRATADA, desde que devidamente comprovada;
- g) Falta dos comprovantes legais capazes de atestar legitimidade, elegibilidade dos beneficiários, bem como a condição de regularidade cadastral da CONTRATANTE junto à Receita Federal e nos órgãos competentes;
- h) Se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme previsto na Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato à exceção quanto ao



empresário individual;

As partes não chegarem ao acordo para aplicação de reajuste anual, observada as condições previstas nas cláusulas **14.8.1 e 18.13**.

18.8.1 A inscrição do débito no cadastro de inadimplentes poderá ocorrer a qualquer tempo, em casos de inadimplência da CONTRATANTE.

18.9 Nos casos de inadimplência, após notificação da CONTRATANTE, sem o devido pagamento no prazo estabelecido, em havendo beneficiários em regime de internação, a CONTRATADA continuará garantindo a cobertura assistencial apenas àqueles beneficiários internados até à alta da internação, mantendo suspensas as coberturas para os demais beneficiários.

18.9.1 Nos termos previstos neste instrumento, a CONTRATADA continuará faturando as contraprestações pecuniárias daqueles beneficiários internados e, na alta da internação, se mantida a inadimplência, o contrato será rescindido, sem prejuízo de cobrança judicial, extrajudicial e inscrição do débito no cadastro de devedores.

18.10 À exceção da contratante constituída na forma de empresário individual, na hipótese de redução do número de beneficiários participantes, este ficar abaixo do limite estabelecido na Proposta de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao CONTRATANTE pagar o equivalente à primeira faixa etária, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

18.10.1 Se, após o prazo concedido não for recomposto o número de participantes, as partes poderão rescindir o contrato e convencionar novas condições contratuais, mediante a celebração de novo instrumento.

18.11 Este contrato poderá ser rescindido se houver irregularidades cadastrais da CONTRATANTE junto à Receita Federal nos termos da resolução 1.863/2018 e suas posteriores alterações, falta de registro nos órgãos competentes, bem como quando houver impossibilidade de envio de notificação no endereço informado, nos casos em que não for localizada no endereço constante do CNPJ e cujo representante legal não for localizado ou alegue falta de legitimidade para representá-la.

18.12 É de responsabilidade da CONTRATANTE,

no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver os respectivos cartões de identificação (carteirinha do plano) à CONTRATADA.

18.13 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, por acordo entre as partes, ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), até a data da rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

18.13.1 Nos casos de rescisão do presente contrato, em havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATADA a arcar com as respectivas despesas originadas até o último dia da rescisão, correndo a partir desta data, a responsabilidade da CONTRATANTE arcar integralmente com tais custos, independentemente de qualquer comunicação prévia.

18.14 A CONTRATADA poderá rescindir este contrato caso não haja concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual do contrato mediante notificação com 30 (trinta) dias de antecedência.

18.15 A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida notificação, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, sem prejuízo de requerer judicial ou extrajudicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

18.16 A CONTRATANTE reconhece que devido, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminarmente ou cautelarmente em procedimento judicial e, posteriormente, revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento nos casos de suspensão ou rescisão por inadimplência.

18.17 Em quaisquer casos de rescisão deste contrato, **obriga-se as partes comunicarem os beneficiários** para que estes possam exercer o direito de contratar novo plano de saúde ou exercer a Portabilidade de Carências, desde que cumpridos os requisitos previstos na RN 438/2018.

18.18 As tabelas de preços por faixa etária com as

devidas atualizações são disponibilizadas pela CONTRATADA a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

CLAUSULA XIX – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

19.1 No desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas com a execução deste contrato, as partes se comprometem a observar o arcabouço legal que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-se em diligenciar, na parte que lhe couber, para o devido cumprimento da legislação.

19.1.1 A CONTRATADA disponibiliza em seu site institucional (www.unimed.coop.br/divinopolis) a Política de Privacidade da operadora que está disponível para acesso pela CONTRATANTE e/ou seus Titulares de dados.

19.2 As partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto n.º 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018), alterada pela Lei 13.853/2019, e demais normas setoriais ou gerais que envolvam proteção de dados e a privacidade de seus titulares, o que deverá ser comprovável por meio de documentação hábil, sendo facultado à outra parte, a realização de auditoria em período previamente acordado entre as partes, com o objetivo de verificar contas médicas e controles de segurança da informação e adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

19.3 As partes deverão manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratarem tais dados estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

19.4 A CONTRATANTE deverá comunicar a CONTRATADA caso receba alguma requisição dos beneficiários de sua carteira referente aos direitos dos titulares de dados previstos na legislação. Tal comunicação deverá ocorrer pelo endereço de e-mail comercial@unimed144.coop.br

19.5 As partes se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou

que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).

19.6 As partes se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes – observadas as conceituações previstas no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente – sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14 da Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).

19.6.1 A CONTRATADA se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente às regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

19.7 Em caso de incidente de acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda de dados relacionados a beneficiários deste contrato a parte responsável pela ocorrência deverá enviar comunicação, por escrito, à outra parte, devendo a comunicação conter, no mínimo, as informações mencionadas no artigo 48, §1º da Lei 13.709/2018, sem prejuízo de outras informações que lhes forem requeridas.

19.8 Caso a CONTRATADA seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da CONTRATANTE, fica garantido à CONTRATADA o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil.

19.9 Ao término da relação contratual entre as partes, essas se obrigam a conservar os dados apenas durante o período necessário à prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior.

19.10 Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela CONTRATADA, eventual requisição do Titular de dados não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado de maneira lícita ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.

19.11 Em caso de descumprimento de qualquer obrigação previstas “DA PROTEÇÃO DE DADOS





“PESSOAIS”, ficará a CONTRATANTE sujeita à multa no percentual de 5% (cinco por cento) do faturamento da empresa, declarado no ano anterior à aplicação da multa, sem prejuízo da necessidade de reparar eventuais perdas e danos.

19.12 Para a prestação do serviço contratado, a CONTRATADA se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas – inclusive integrantes do Sistema Cooperativo UNIMED - com as quais a CONTRATADA realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários – sobretudo para o fomento de programa de gestão e cuidado à saúde – sempre observando os padrões técnicos e organizacionais necessários para garantia da integridade e confidencialidade dos dados tratados - sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

19.13 Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos garantidos pela legislação, de forma gratuita, por meio dos canais disponibilizados pelas partes contratantes.

CLAUSULA XX - INTEGRIDADE E TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES

20.1 Na execução deste Contrato, a CONTRATANTE, por qualquer de seus diretores, empregados, colaboradores, prepostos, agentes ou sócios agindo em seu nome, e por seus subfornecedores, não poderá, em qualquer hipótese: dar, oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de, direta ou indiretamente, qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor a qualquer autoridade governamental, agente público, consultores, representantes, parceiros, ou quaisquer terceiros, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do agente ou do governo, ou para assegurar qualquer vantagem indevida, ou direcionar negócios para, qualquer pessoa, e que violem as Regras Anticorrupção.

20.2 A CONTRATANTE declara que está ciente, conhece, entende e observa integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei n.º 12.846, de 2013 (“Lei Anticorrupção”, em conjunto, as “Regras Anticorrupção”), comprometendo-se a abster-se de qualquer atividade que constitua violação à legislação aplicável.

20.3 A CONTRATANTE, por si e por seus administradores, diretores, funcionários e agentes, bem como seus sócios que venham a agir em seu nome e por seus subfornecedores, se obriga durante a consecução do presente contrato, atuar de forma ética e em conformidade com as regras anticorrupção.

20.4 A CONTRATANTE concorda em responder prontamente questão relacionada com o programa de anticorrupção e outros controles relacionados à corrupção, e a cooperar plenamente em qualquer investigação por parte da CONTRATADA relacionada a suposta violação da legislação.

20.5 Qualquer descumprimento por parte da CONTRATANTE de quaisquer regras de anticorrupção aplicáveis, ensejará a rescisão motivada do presente instrumento, mediante notificação, observadas as penalidades previstas neste contrato, ficando, ainda, a CONTRATANTE, responsável por indenizar a CONTRATADA contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas neste instrumento, estando a CONTRATADA autorizada, desde já, a reter qualquer pagamento que seja devido a CONTRATANTE e/ou a compensar com qualquer valor que seja a esta devido.

20.6 A CONTRATANTE deve monitorar o cumprimento das obrigações de anticorrupção assumidos no âmbito do presente instrumento e informar, por escrito, a CONTRATADA os detalhes de qualquer violação ou suspeita de violação das obrigações de anticorrupção assumidas depois de tomar conhecimento de tal violação.

CLÁUSULA XXI - DA CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DAS INFORMAÇÕES E NEGOCIAÇÕES PACTUADAS

21.1 As partes se obrigam, por si, por seus sócios, administradores, funcionários, prepostos, contratados ou subcontratados a manter, **durante o prazo de vigência deste contrato e após o seu término**, o mais completo e absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação, principalmente informações confidenciais ou não obtidas em razão da prestação de serviços contratada, especialmente quanto aos valores pactuados, que eventualmente, venha a ter conhecimento ou às quais venha a ter acesso por força do cumprimento do presente contrato, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, responsabilizando-se, em caso de descumprimento da obrigação

assumida, por eventuais perdas e danos e sujeitando-se às comunicações legais.

21.2 Por informação confidencial entende-se toda a informação escrita, verbal ou audiovisual constante em meio físico, digital, mídia de armazenamento ou qualquer outro meio; de natureza pessoal, profissional, médica, industrial, financeira, comercial ou tecnológica, tais como: know-how, documentos, e-mails, códigos fontes, banco de dados, planilhas, projeções financeiras, listas de clientes, planos de gestão, dados sensíveis de clientes, informações sigilosas sobre estratégias, principalmente aquelas que envolvem dados cadastrais de stakeholders ou quaisquer outras informações que em razão de sua natureza ou propriedade não devem ser transmitidas a terceiros.

21.3 Para garantir a confidencialidade, a CONTRATANTE orienta a CONTRATADA a inserir em seus contratos de trabalho, o dever do profissional, dos seus empregados e serviços terceirizados, a manter o necessário sigilo das informações que vier a tomar conhecimento do exercício de sua atividade na realização das atribuições previstas para a execução do presente contrato.

21.4 Não será abrangida pela obrigação de confidencialidade às informações:

- a) Que se torne publicamente conhecida, sem que tal se deva a conduta ilícita da Parte que a recebe;
- b) Cujas divulgações tenham sido expressamente autorizadas pela Parte que a transmite;
- c) For anteriormente e comprovadamente conhecida pela Parte, de forma legal e legítima, independentemente do presente Contrato;
- d) Seja divulgada por força de lei, processo judicial, administrativo, normas e determinações da Comissão de Valores Mobiliários - CVM, Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE, Agência Nacional de Saúde Suplementar ou qualquer outra entidade/órgão governamental com atribuições congêneres, devidamente comprovadas, que possa afetar qualquer das Partes;
- e) Cujas divulgações/utilizações sejam estritamente necessárias para a defesa dos direitos e legítimos interesses das Partes, obrigando-se a Parte divulgadora à comunicação prévia da outra.

21.5 O não cumprimento das cláusulas de confidencialidade, após devidamente apurado, implicará na responsabilidade civil e criminal da parte infratora, autorizando a rescisão do presente contrato, mediante notificação prévia com antecedência de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da apuração de eventuais perdas e danos. As obrigações a que alude esta cláusula perdurarão inclusive após a cessação do vínculo entre as partes.

CLÁUSULA XXII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

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

AMBULATÓRIO: local onde se presta assistência a clientes em regime de não internação.

ANO DE CONTRATO: período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente, no contrato coletivo.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde oferece cobertura. A cobertura está dividida nas seguintes categorias: nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12



horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

ATENDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como o dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou da adoção (nos termos do disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9656/98).

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

BENEFICIÁRIO TITULAR: beneficiário de plano privado de assistência à saúde que o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações históricas sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da inclusão de beneficiários, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cartão para acesso ao atendimento pelos beneficiários junto à rede do plano.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão.

COBERTURAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: termo usado na Saúde Suplementar para definir a amplitude de um plano de saúde no que diz respeito ao atendimento. Também conhecido por cobertura assistencial.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de informações sobre o plano de saúde.

CONSULTA: modalidade de assistência realizada por membros de uma equipe de saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentista, nutricionista, fonoaudiólogos, enfermeiros obstétricos e obstetrix), com o objetivo de avaliar um paciente acerca de uma queixa.

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: instrumento jurídico do plano privado de assistência que oferece cobertura da atenção prestada a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

CONTRATADA: a UNIMED qualificada no preâmbulo do Contrato e na Proposta de Admissão, como operadora de plano de saúde.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica qualificada no preâmbulo do contrato que contrata o plano de saúde.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

CRIANÇA: em observância ao artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e "ADOLESCENTE" aquele entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade. Considera-se "CRIANÇA", para os efeitos da Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e "ADOLESCENTE" aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade.

DADOS PESSOAIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como, por exemplo, um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.

DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular

identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS") referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado, as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano de saúde.

DOENÇA: desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos cuja ação está exposta, conduzindo a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais.

DOENÇA AGUDA: são aquelas que tem um curso acelerado, terminando com convalescença ou morte em menos de três meses.

DOENÇA CONGÊNITA: é aquela adquirida antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que resulta diretamente das condições de trabalho e causa incapacidade para o exercício da profissão ou morte.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico cooperado assistente.

EMPRESÁRIO INDIVIDUAL: significa a pessoa física que exerce em nome próprio atividade empresarial, nos termos do artigo 977 do Código Civil e que se equipara para fins tributários a pessoa jurídica. São os seguintes os requisitos necessários para a configuração do empresário individual: (i) profissionalismo; (ii) exercício de atividade econômica; (iii) organização; e (iv) escopo de produção ou circulação de bens e serviços.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

GUIA MÉDICO: relação, com os respectivos endereços dos médicos cooperados, clínicas e hospitais credenciados e contratados.

HOSPITAL-DIA: modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a

permanência do paciente na unidade por um período de até 12 (doze) horas a critério do médico assistente.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA/ALTO CUSTO: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros.

IMPERATIVO CLÍNICO: situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 (vinte e quatro) horas.

MÉDICO COOPERADO: é o médico sócio da operadora cooperativa médica.

MENSALIDADE: são os pagamentos efetuados pelo contratante ao plano de saúde.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associativa, fundacional, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente, registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

ÓRTESE: Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PRÓTESE: é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE como parte integrante deste contrato, no qual constam as informações sobre o plano de saúde.

REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS: representante legal ou, ao menos, um dos pais, para a coleta de consentimento quando ocorrer o tratamento de dados pessoais da criança.

ROL DE PROCEDIMENTOS: cobertura mínima





obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são os serviços contratados pela operadora para atendimento aos beneficiários.

TRATAMENTO DE DADOS: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

USO OFF-LABEL: uso de medicamento, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, para indicação que não está descrita na bula ou manual registrado na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

22.2 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição para consulta por meio do site www.ans.gov.br

22.3 Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

22.4 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

22.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

22.6 Integram este contrato, para todos os fins de direito, os documentos entregues à CONTRATANTE, incluído: a Proposta de Admissão, a declaração de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) e anexos eventualmente firmados pelas partes.

22.7 A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como comunicação à CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto para efeitos de rescisão contratual, em que a notificação deverá

ser específica.

22.8 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

22.9 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

22.10 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objetos de aditivo ao presente contrato, quando couber.

22.11 A CONTRATANTE, em conformidade com a proposta de admissão, como parte integrante deste contrato, autoriza expressamente o recebimento de notificações por meios tecnológicos adotados pela CONTRATADA, tais como: mensagens SMS, aplicativos de celular, e-mail, cujas notificações serão válidas para todos os fins de direito.

22.12 A CONTRATANTE autoriza e reconhece a utilização de assinatura deste contrato plano de saúde, aditivos e demais documentos de contratação com certificado digital E-CNPJ/ E-CPF, dos seus representantes ou procurador(es), bem como pela CONTRATADA.

22.13 A CONTRATANTE se obriga a enviar para a CONTRATADA as informações cadastrais dos beneficiários e dependentes incluídos neste plano de saúde, comprometendo-se a CONTRATANTE a apresentar cópias dos documentos originais e informações cadastrais atualizadas dos beneficiários, sempre que solicitado pela CONTRATADA.

22.14 O encaminhamento das informações e movimentações cadastrais de beneficiários ocorrida por meio de banco de dados, importados eletronicamente pela CONTRATADA, não exime a CONTRATANTE do cumprimento do disposto neste instrumento.

22.15 A CONTRATANTE se responsabiliza pela exatidão e atualização das informações cadastrais dos beneficiários e dependentes pertencentes ao plano de saúde.

22.16 Para fins de cumprimento do disposto neste instrumento, a CONTRATANTE poderá encaminhar para a CONTRATADA as informações cadastrais digitalizadas.

22.17 Para fins de cumprimento de prazos para apresentação de defesa nos processos de ressarcimento ao SUS, quando o beneficiário da CONTRATANTE utilizar os serviços da rede pública de saúde e a CONTRATADA receber a cobrança, a CONTRATANTE obriga-se a encaminhar, dentro dos prazos estabelecidos pela CONTRATADA, informações e documentos complementares para fins de instrução do processo administrativo, cujos documentos serão especificados pela CONTRATADA quando oportuno.

22.18 Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora remover o beneficiário, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.

22.19 As internações em acomodações superiores às contratadas, se disponíveis, por opção do beneficiário, implicam pagamento, pelo mesmo ou por seu responsável, diretamente ao hospital ou prestador de serviços, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais devem ser acordadas previamente, por

iniciativa do beneficiário ou por seu responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais.

22.20 É obrigação da CONTRATANTE comunicar formalmente qualquer alteração de seus dados cadastrais, inclusive mudança de endereço, sob pena das sanções previstas em lei, sendo que, assim não procedendo, isentará a CONTRATADA de quaisquer responsabilidades.

22.21 Em havendo o exercício da portabilidade de carências a CONTRATADA comunicará o beneficiário a obrigação de efetuar o cancelamento do plano na operadora de origem no prazo de 05 (cinco) dias a partir da vigência deste plano destino. Caso o beneficiário não cancele o plano de origem sujeitará aos períodos de carências e avaliação de doenças ou lesão preexistente.

CLÁUSULA XXIII – ELEIÇÃO E FORO

23.1 Fica eleito o foro da Sede da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 02 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

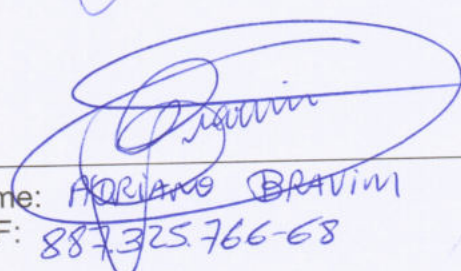
Divinópolis, 01 de Outubro de 2023.


CONTRATANTE

UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.
(CONTRATADA)

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF:


Nome: ADRIANO BRAVIN
CPF: 887.325.766-68

Data da impressão: Maio 2023

PÁGINA EM BRANCO