



PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

CONTRATANTE: CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA DA QUINTA REGIÃO (CONSELHO R Q Q REGIÃO), inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. 92.909.068/0001-06, com sede na AV ITAQUI, 45, bairro PETROPOLIS em PORTO ALEGRE/RS, telefone 5133305659, e-mail licitacoes@crv.org.br, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**.

II. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

CONTRATADA: UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o número (nº) 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, nº 1.040, em Porto Alegre/RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

SEÇÃO CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO PLANO

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

- a) nome comercial: **PEGE4AI - UNIPART EMPRESARIAL GLOBAL SEMIPRIVATIVO**
- b) número de registro do plano na ANS: **459.779.096**

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 1. Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo empresarial.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Cláusula 2. Tipo de segmentação assistencial do plano de saúde: ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula 3. Este plano tem abrangência nacional.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula 4. Território brasileiro.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 5. A internação hospitalar prevista neste contrato será em acomodação coletiva, em hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA**.

Parágrafo único. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, é garantido ao beneficiário o acesso a acomodação em nível imediatamente superior, sem ônus adicional.

IX. OBJETO

Cláusula 6. Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98 - Lei dos Planos de Saúde, visando à assistência médico-hospitalar com cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e desde que previstas no Rol de Procedimentos para o plano ambulatorial-hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, vigente à época do evento e observadas as limitações e exclusões contratuais:

- a) consultas médicas, por médicos referenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
- b) serviços de urgência, nos prontos-atendimentos e demais serviços credenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
- c) exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
- d) serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato;
- e) internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato; e
- f) obstetrícia, nos termos das cláusulas deste contrato.

Parágrafo único. O acesso à Classificação Estatística Internacional de Doenças poderá ser feito na página eletrônica www.cfm.org.br, e ao rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o plano contratado, na página eletrônica www.ans.gov.br.

X. VIGÊNCIA E CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula 7. O presente contrato vigora a partir da data 01/04/2024, pelo prazo determinado de 1 (um) ano.

§ 1º. Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços nele previstos.

§ 2º. Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

§ 3º. Não será cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

XI. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 8. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **CONTRATANTE** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XII. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula 9. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA:

I - despesas de inscrição e material, no valor de R\$ 10,00 (dez reais) (Isento Vitalício), quando do recebimento do primeiro documento de pagamento;

II - o valor mensal, conforme previsto no capítulo FAIXAS ETÁRIAS, correspondendo à contribuição do mês subsequente, até o 5º (quinto) dia de cada mês, quando do recebimento do documento de pagamento, após a aceitação da proposta pela CONTRATADA ou quando da inclusão de novos beneficiários, calculada por pessoa inscrita.

O valor correspondente às seguintes coparticipações:

a) 50% (cinquenta por cento) no atendimento realizado em caráter de urgência e emergência, contemplando a consulta, materiais e medicamentos utilizados.

Para as coparticipações em exames e eventual internação serão observadas as previsões específicas do contrato;

b) 40% (quarenta por cento) nas consultas eletivas previstas neste contrato, desde que não haja previsão diversa ou específica nesta cláusula;

c) 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas e/ou fisioterápicas (reeducação e reabilitação física);

d) 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS);

e) 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;

f) 50% (cinquenta por cento) do valor das consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;

g) 50% (cinquenta por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

h) 50% (cinquenta por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e nutrição;

i) 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada exame previsto neste contrato, desde que não haja previsão diversa ou específica;

j) 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada exame de medicina laboratorial, anatomia patológica e citopatologia, medicina transfusional e radiologias simples. Os exames de densitometria óssea, biologia molecular e exames de genética não estão contemplados neste item;

k) A cobrança de coparticipação em exames prevista neste contrato está limitada ao valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) por mês e por beneficiário inscrito;

l) R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) em cada internação, excetuando os casos de internação psiquiátrica.

§ 1º. Os valores de pagamento de mensalidades aqui previstos destinam-se, proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da CONTRATADA, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao atendimento médico), tais como despesas laboratoriais, de raio X e de

urgência, e se destinam, igualmente, a cobrir os custos administrativos da CONTRATADA.

§ 2º. O CONTRATANTE consultará previamente a CONTRATADA, antes de efetivar qualquer retenção de valores relativos a eventuais tributações decorrentes deste contrato, nas hipóteses em que a legislação o exija ou venha a exigí-lo, para fins de acordar sua efetiva incidência no caso concreto.

§ 3º. O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência junto aos Órgãos de Proteção ao Crédito.

§ 4º. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados, excetuadas as variações do valor em razão de diferença de faixa etária.

§ 5º. A CONTRATADA cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

§ 6º. Exclusivamente para as contratações coletivas empresariais e por adesão, os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica CONTRATANTE, se houverem, serão ajustados única e exclusivamente entre estes.

XIII. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 10. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. 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 seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Cláusula 11. O valor base da mensalidade, estabelecido para a faixa etária de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos, tem o valor de R\$ 224,08 (duzentos e vinte e quatro reais e oito centavos).

Cláusula 12. A mensalidade contratual sofrerá as seguintes variações percentuais, observada a idade do beneficiário já inscrito no contrato ou a idade que tenha quando da sua inclusão:

Faixa etária	Valor base da mensalidade acrescido de
0 a 18 anos	0% (zero por cento);
19 a 23 anos	15,00 (quinze por cento);
24 a 28 anos	32,20 (trinta e dois vírgula vinte por cento);
29 a 33 anos	52,10 (cinquenta e dois vírgula dez por cento);
34 a 38 anos	74,90 (setenta e quatro vírgula noventa por cento);
39 a 43 anos	102,90 (cento e dois vírgula noventa por cento);
44 a 48 anos	145,50 (cento e quarenta e cinco vírgula cinquenta por cento);
49 a 53 anos	219,20 (duzentos e dezenove vírgula vinte por cento);

54 a 58 anos	330,90 (trezentos e trinta vírgula noventa por cento);
59 anos ou mais	499,30 (quatrocentos e noventa e nove vírgula trinta por cento);

§ 1º. Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

§ 2º. Os percentuais de variação em cada faixa etária deverão observar as seguintes condições:

I - o valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

XIV. REAJUSTE

Cláusula 13. Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, de acordo com os critérios definidos nos itens **a**, **b** e **c**.
Parágrafo único. Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 14. A **CONTRATADA** comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula 15. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.
Parágrafo único. O disposto acima não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula 16. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão reajuste anualmente, a partir da data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

Cláusula 17. Neste capítulo, para fins de reajuste anual da contraprestação pecuniária, o contrato será classificado observando o disposto abaixo:

a) CONTRATOS COLETIVOS ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

Cláusula 18. Caso o contrato contenha até 29 beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 19. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após a definição que o contrato faz parte deste agrupamento, esta definição só será

reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 20. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado.
Parágrafo único. Considera-se grupo econômico o conjunto de empresas que tem o mesmo interesse e que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 21. Serão divulgados, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos e os contratos que receberão o reajuste.

Cláusula 22. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.

O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.

O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,

RF é o reajuste financeiro;

IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DOS CONTRATOS DE ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial da coletividade de contratos até 29 beneficiários, será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$RT = \max [1; (S/Sm)]$$

Onde,

RT é o reajuste técnico;

S é a sinistralidade da coletividade de contratos até 29 beneficiários, apurada com base no período de 12 meses.

Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 65%(sessenta e cinco por cento);

max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula **(S/Sm)**.

III - REAJUSTE ANUAL

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste anual aplicado na coletividade de contratos até 29 beneficiários, conforme segue:

$$RA = [RF \times RT] - 1$$

Onde,

RA é o reajuste anual da coletividade de contratos até 29 beneficiários;

IV - Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

Cláusula 23. Em observância ao artigo 1º da RN nº 309/2012 da ANS, o exposto neste item não se aplica aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279/2011 da ANS, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.

b) CONTRATOS COLETIVOS ENTRE 30 E 99 BENEFICIÁRIOS

Cláusula 24. Caso o contrato contenha entre 30 e 99 beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 25. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após a definição que contrato faz parte deste agrupamento, esta definição só será reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 26. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado.

Parágrafo único. Considera-se grupo econômico o conjunto de empresas que tem o mesmo interesse que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 27. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.

O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.

O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,

RF é o reajuste financeiro;

IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DOS CONTRATOS DE 30 A 99 BENEFICIÁRIOS

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários, será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$RT = \max [1; (S/Sm)]$$

Onde,

RT é o reajuste técnico;

S é a sinistralidade da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários, apurada com base no período de 12 meses.

Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 70%(setenta por cento);

max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula (S/Sm).

III - REAJUSTE MÉDIO ANUAL

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste médio anual aplicado na coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários, conforme segue:

$$RMA = [RF \times RT] - 1$$

Onde,

RMA é o reajuste médio anual da coletividade de contratos de 30 a 99 beneficiários;

O RMA será distribuído entre os contratos conforme os critérios demonstrados no item IV.

IV - DISTRIBUIÇÃO DO REAJUSTE MÉDIO ANUAL ENTRE OS CONTRATOS

A coletividade de contratos é composta de diferentes produtos, segmentações assistenciais, níveis de coparticipação, perfis etários, perfis de gênero e datas de contratação. Desta forma, nesta coletividade de contratos há riscos distintos, determinados pelos itens supracitados, e diferentes níveis de mensalidade para riscos similares, de acordo com a evolução das mensalidades durante as vigências dos contratos desde as suas respectivas datas de contratação.

Assim, com base no Reajuste Médio Anual (RMA) apurado no item anterior, haverá a distribuição deste reajuste utilizando como critério a relação entre a mensalidade atual dos contratos em cada produto e os valores de mensalidade adequados de acordo com os estudos atuariais vigentes da operadora. Salienta-se que a relação de mensalidade atual e mensalidade adequada supracitada será utilizada apenas para distribuição do reajuste médio apurado no item III, não sendo utilizada para definição do nível de reajuste médio que será aplicado ao agrupamento.

Desta forma, contratos com perfis similares e mensalidades similares terão reajustes similares, enquanto contratos com perfis similares e mensalidades distintas terão reajustes distintos, sendo que o reajuste médio anual entre todos os contratos do agrupamento será o definido no item III.

Assim, não será utilizada a sinistralidade individual dos contratos para fins de apuração do reajuste, e sim a sinistralidade coletiva, que será ponderada de acordo com a relação entre a mensalidade atual do contrato em cada produto e os valores de mensalidade adequados de acordo com os estudos atuariais vigentes da operadora.

Para evitar uma amplitude demasiada entre os reajustes mínimos e máximos aplicados, em função das relações existentes entre mensalidades atuais e adequadas para os diversos contratos do agrupamento, serão estabelecidos anualmente reajustes mínimos e máximos, respeitando-se o reajuste médio anual do item III.

Cláusula 28. Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

c) CONTRATOS COLETIVOS COM 100 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

Cláusula 29. Caso o contrato contenha 100 ou mais beneficiários, será reajustado conforme as cláusulas abaixo.

Cláusula 30. A quantidade de beneficiários utilizada para definir se serão aplicados ao contrato os critérios deste item será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato. Após a definição que o contrato se enquadra neste item, esta definição só será reavaliada no próximo aniversário do contrato, sendo aplicável para o reajuste posterior à próxima reavaliação.

Cláusula 31. Para fins do disposto neste item, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado.
Parágrafo único. Considera-se grupo econômico o conjunto de empresas que tem o mesmo interesse que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente umas das outras.

Cláusula 32. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato enquadrado neste item observará o disposto abaixo:

I - REAJUSTE FINANCEIRO

O reajuste financeiro aplicado à mensalidade será realizado com base na Variação dos Custos Médico Hospitalares - VCMH da Unimed Porto Alegre.

O Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares - IVCMH considera uma ponderação por plano, segmentação assistencial, nível de coparticipação, dentre outras variáveis, o que evita distorções caso as proporções das variáveis acima se alterem na base no decorrer do tempo.

O custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação dos fatores frequência e preço dos serviços de saúde. Desta forma, se em um determinado período a frequência de utilização e o preço médio aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. A variação do custo médico-hospitalar (VCMH) é calculada considerando-se o custo médio por beneficiário exposto, ou seja, que não estava cumprindo carência, em um período de 12 meses (média móvel) em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores. A média móvel expurga efeitos de sazonalidade.

$$RF = IVCMH$$

Onde,

RF é o reajuste financeiro;

IVCMH é o Índice de Variação dos Custos Médico Hospitalares;

II - REAJUSTE TÉCNICO EM FUNÇÃO DA SINISTRALIDADE DO CONTRATO

Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, será aplicado como o reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$RT = \max [1; (S/Sm)]$$

Onde,

RT é o reajuste técnico;

S é a sinistralidade do contrato, apurada com base no período de 12 meses.

Sm é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-actuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 70% (setenta por cento);

max [1;(S/Sm)] é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula (S/Sm).

III - REAJUSTE ANUAL

A composição dos índices dos itens I e II será o reajuste anual aplicado ao contrato, conforme segue:

$$RA = [RF \times RT] - 1$$

Onde,

RA é o reajuste anual do contrato;

IV - Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.

XV. DAS REGRAS PARA EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Não se aplica as regras previstas neste capítulo.

SEÇÃO CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

XVI. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula 33. Contrato de prestação de serviços oneroso, bilateral, futuro e aleatório e de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

XVII. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Cláusula 34. Não há previsão de serviços e coberturas adicionais neste contrato.

XVIII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula 35. É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula 36. As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Cláusula 37. São beneficiários titulares os inscritos pela CONTRATANTE, de acordo com a seguinte relação:

- I - os sócios;
- II - os administradores;
- III - os empregados ou estatutários;
- IV - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente, ressalvado os termos deste contrato e o disposto no "caput" dos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998);
- V - os trabalhadores temporários;
- VI - os estagiários;
- VII - os menores aprendizes.

Cláusula 38. São beneficiários dependentes os inscritos pela CONTRATANTE como dependentes econômicos dos beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:

- I - o cônjuge, o(a) companheiro(a), desde que declarado em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
- II - os filhos solteiros menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos de qualquer idade, equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado até 18 (dezoito) anos;
- III - os(as) filhos(as) e netos(as) estudantes, até 35 (trinta e cinco) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Parágrafo único. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 39. Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de beneficiários que integrará o presente contrato, bem como, quando da inclusão de novo beneficiário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-os quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando a aceitação inicial concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.

§ 1º. As inclusões de beneficiários poderão ser efetuadas até o 10º (décimo) dia de cada mês, e as exclusões de beneficiários até o 10º (décimo) dia de cada mês, não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.

§ 2º. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na

hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 40. O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada neste instrumento para eventos obstétricos, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência e de Doença e Lesão Preexistente quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário.

§ 1º. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

§ 2º. O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

XIX. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 41. Todos os procedimentos e serviços previstos neste contrato serão fornecidos no limite do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sendo observadas as Diretrizes de Utilização (DUT), as Diretrizes Clínicas (DC) e o Protocolo de Utilização (PROUT) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.

Cláusula 42. O atendimento é assegurado, independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 43. A CONTRATADA declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula 44. É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula 45. Caso haja indicação clínica, a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano

Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória.

Cláusula 46. Os beneficiários terão cobertura de consultas médicas, inclusive pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões e limitações deste instrumento.

Cláusula 47. Os beneficiários terão cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente à época do evento.

Parágrafo único. O beneficiário que fizer uso das consultas e sessões previstas nesta cláusula poderá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela **CONTRATADA**.

Cláusula 48. Os beneficiários terão cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano.

Parágrafo único. Os procedimentos previstos no "caput" desta cláusula serão realizados por médicos fisiatras assistentes da **CONTRATADA**, devidamente habilitados.

Cláusula 49. Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar e desde que incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

§ 1º. Os serviços descritos no "caput" desta cláusula serão prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico", sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas neste contrato.

§ 2º. Incluem-se na cobertura acima descrita os medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos e nos artigos do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula 50. Os atendimentos ambulatoriais que sejam solicitados por médicos assistentes, os quais serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 51. Ambulatorialmente é garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

II - quimioterapia oncológica ambulatorial;

III - procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no anexo do Rol de Procedimentos determinado pela ANS;

IV - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do anexo do Rol de Procedimentos determinado pela ANS;

V - hemoterapia ambulatorial; e

VI - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no anexo do Rol de Procedimentos determinado pela ANS.

VII - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar 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

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

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II desta cláusula, entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial 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.

Cláusula 52. Observadas as limitações e exclusões, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos nas cláusulas deste contrato, o atendimento a ser realizado por médico assistente, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes no "Guia Médico" terá cobertura nos seguintes termos:

I - eventos previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;

-
- II - despesas hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em próprias, credenciadas e/ou referenciadas pela **CONTRATADA**, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III - despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, durante o período de internação contratualmente coberto;
- V - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante de maiores de 60 (sessenta) anos, durante o período de internação contratualmente coberto, desde que com prévia e expressa solicitação do beneficiário idoso ou por determinação do médico assistente;
- VI - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante no caso de paciente portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- VII - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação contratualmente coberto;
- VIII - despesas com exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IX - despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto;
- X - remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato;
- XI - despesas com os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como já definida neste contrato;
 - c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;
 - g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física constantes no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos neste contrato, excetuado o fornecimento de medicação e manutenção;

XII - despesas com materiais hospitalares e medicamentos nacionais ou nacionalizados devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no Ministério da Saúde, prescritos por médico assistente, durante o período de internação contratualmente coberto;

XIII - despesas com materiais de próteses, órteses e implantes, desde que ligados ao ato cirúrgico com finalidade não estética e devidamente registrados na ANVISA e no Ministério da Saúde.

Cláusula 53. Para fins de liberação de cobertura de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:

I - É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos por este contrato;

II - O médico assistente solicitante deve, quando assim solicitado pela **CONTRATADA**, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA**.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** pode escolher a marca e a procedência do material de prótese, órtese e implante a ser coberto, desde que atenda às especificações determinadas pelo médico assistente, nos termos do inciso I desta cláusula.

Cláusula 54. Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da mesma, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal.

Cláusula 55. É garantida a cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 56. São garantidos os atendimentos à psicoterapia, com médico-psiquiatra da **CONTRATADA**, conforme indicação do médico assistente, segundo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não cumulativas quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

I - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);

II - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 A F59);

III - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 A F98);

IV - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);

V - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);

VI - Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);

VII - Paciente com primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

Cláusula 57. 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.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas estão obrigatoriamente cobertos.

Cláusula 58. São garantidos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos limitada a 30 (trinta) dias de internação no decorrer de 1 (um) ano de contrato, a contar da data de inclusão do beneficiário no plano.

§ 1º. O custeio das internações psiquiátricas nos períodos que ultrapassarem o prazo previsto no "caput" desta cláusula, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, serão suportados pelo CONTRATANTE, mediante a coparticipação no valor definido no capítulo "PAGAMENTO DE MENSALIDADE".

§ 2º. Nas hipóteses de internação psiquiátrica, a classe de internação hospitalar sempre será enfermaria.

Cláusula 59. A CONTRATADA cobrará o valor correspondente as coparticipações, conforme previsto no capítulo "PAGAMENTO DE MENSALIDADE".

Cláusula 60. São garantidos os atendimentos em hospital-dia para transtornos mentais quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

I - Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);

II - Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 A F29);

III - Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar de humor-CID F30 e F31);

IV - Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Parágrafo único. Para fins do disposto no "caput" desta cláusula, entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e

cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Cláusula 61. Este contrato fornece cobertura aos transplantes listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- I - despesas assistenciais com doadores vivos;
- II - medicamentos utilizados durante a internação;
- III - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção domiciliar;
- IV - despesas de captação, transporte e preservação de órgãos.

Cláusula 62. Os procedimentos de transplante deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º. O beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º. 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.

§ 3º. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

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

Cláusula 63. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 (doze) da Lei 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista, respeitado o previsto no "caput" desta cláusula.

Cláusula 64. É garantida a cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, desde que realizado por

profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órtese, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

Cláusula 65. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelos profissionais habilitados pelo respectivo conselho de classe, integrantes da equipe chefiada por médico assistente, desde que restritos a finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

§ 1º. Para fins do disposto no "caput" desta cláusula caracteriza-se imperativo clínico pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

§ 2º. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º. Os eventuais 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 incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Cláusula 66. É garantida a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, desde que não caracterizado o fim estético.

Cláusula 67. É garantida a cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cláusula 68. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária-CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos não excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamentos de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da **CONTRATADA**.

Cláusula 69. É garantida a cobertura assistencial prevista neste contrato para eventos obstétricos, procedimentos relativos ao puerpério, pré-natal e da assistência ao parto, bem como um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º. Ao acompanhante indicado pela mulher durante o período referido no "caput" desta cláusula, é garantido cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação.

§ 2º. Entende-se pós-parto imediato até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, quando indicado pelo médico assistente.

XX. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 70. Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas subsequentes, os seguintes procedimentos:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, 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) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso "off-label").

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

III - 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - 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;

VI - fornecimento de próteses, órteses, *stents*, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia;

- VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoa físicas em farmácias de acesso público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatório, urgência e emergência), excetuados os casos previstos no capítulo "Coberturas e Procedimentos garantidos" deste contrato;
- VIII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde-CONITEC;
- IX - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 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 - transplantes e despesas decorrentes destes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;
- XIII - consultas domiciliares;
- XIV - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- XV - exames para frequentar piscinas e ginástica;
- XVI - laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;
- XVII - provas de paternidade;
- XVIII - sonoterapia;
- XIX - enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XX - cirurgias para mudança de sexo;
- XXI - itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, uso de "internet", alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.) ou despesa com acompanhantes diferentes do previsto neste contrato;
- XXII - vacinas;
- XXIII - todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;
- XXIV - todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;
- § 1º. Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- § 2º. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.
- § 3º. Não ligados ao ato cirúrgico são os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
- § 4º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órtese ou prótese deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na "internet" (www.ans.gov.br).

Cláusula 71. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

XXI. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 72. Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, **os seguintes prazos de carência**, sem prejuízo do disposto na cláusula que dispõe sobre doenças e lesões preexistentes a este contrato:

I - cobertura de casos de urgência ou emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

II - consultas médicas, procedimentos terapêuticos não cirúrgicos de baixa complexidade, avaliações médicas e acompanhamentos médicos, nos termos previstos neste instrumento: 30 (trinta) dias;

III - exames complementares de medicina laboratorial, anatomia patológica e citopatologia, medicina transfusional e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados no item VI: 30 (trinta) dias;

IV - consultas e/ou sessões de acupuntura, psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e endoscopias: 60 (sessenta) dias;

V - procedimentos cirúrgicos e internações hospitalares, excluindo-se as listadas no item VIII: 120 (cento e vinte) dias;

VI - exames de genética e biologia molecular: 180 (cento e oitenta) dias;

VII - exames não listados anteriormente, tais como, tomografias computadorizadas, cintilografias, ressonâncias magnéticas, monitorizações (mapa, holter, tilt teste, neurofisiológica), radiologia complexa (exames contrastados ou ecográficos com efeito doppler), eletrofisiológicos: 60 (sessenta) dias;

VIII - cirurgias cardíacas e vasculares, tratamento clínico-cirúrgico para obesidade mórbida, neurocirurgia, cirurgias obstétricas, métodos intervencionistas, hemodiálises/diálise, órteses, próteses, transplantes, radioterapia e quimioterapia: 180 (cento e oitenta) dias;

IX - parto a termo: 300 (trezentos) dias.

§ 1º. As mensalidades contratuais são devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.

§ 2º. Os prazos de carência estabelecidos neste contrato não sobrepõem o prazo da cobertura parcial temporária, de **24 (vinte e quatro) meses**, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

§ 3º. Quando o número de inscritos, na data da contratação, for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, 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**.

§ 4º. Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a **CONTRATADA** poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos,

estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

XXII. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula 73. É dever preliminar do PRÉ-CONTRATANTE e dos beneficiários civilmente capazes que pretenda incluir no contrato, informar sobre as doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato de que sejam portadores os beneficiários a serem inscritos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

§ 1º. A informação solicitada será preenchida na conformidade do anexo "Formulário de Declaração de Saúde", integrante do presente contrato.

§ 2º. A informação errônea, dolosamente fornecida ou omitida, da condição sabida de doença ou lesão preexistente implicará, após o devido julgamento pela ANS, a suspensão do atendimento e denúncia contratual por fraude, nos termos da cláusula de rescisão deste contrato.

§ 3º. Constatada de qualquer forma, pela CONTRATADA, a existência de doença ou lesão preexistentes à proposta de contratação, ou por entrevista, mediante declaração expressa do beneficiário no "Formulário de Declaração de Saúde", será oferecida a cobertura parcial temporária.

§ 4º. Doenças e lesões preexistentes são aquelas de que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei n. 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas pela ANS.

§ 5º. Entende-se como cobertura parcial temporária aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

§ 6º. No caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz, a declaração de saúde deverá ser preenchida e assinada pelo seu representante legal.

Cláusula 74. O PRÉ-CONTRATANTE, ao preencher a declaração de saúde, formulário com objetivo de averiguação da existência ou não de doença ou lesão anterior à contratação, optará pelas seguintes hipóteses:

I - sem orientação de médico;

II - com orientação de um médico assistente da CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário; ou

III - com assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

§ 1º. Caso o beneficiário do PRÉ-CONTRATANTE opte pela hipótese prevista no inciso II acima, estará igualmente concordando com a efetivação de perícias e exames que o médico assistente escolhido entenda necessário realizar para a elaboração do formulário.

§ 2º. Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

Cláusula 75. Constatada, de qualquer forma, a existência de doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, os beneficiários não terão direito, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura deste contrato ou de posterior inclusão, à utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade decorrente da doença ou lesão preexistente, ressalvado o disposto no capítulo de urgência e emergência e as alternativas constantes do § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula.

§ 1º. Alternativamente, a **CONTRATADA** poderá oferecer à **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado "Agravado", que implique a cobertura da doença ou lesão preexistente, mediante orçamento específico, que levará em conta as condições pessoais do beneficiário, ou poderá ainda, mediante termo específico, diminuir, para determinadas moléstias, o prazo previsto no "caput" desta cláusula.

§ 2º. Entende-se como "Agravado" qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre operadora e beneficiários.

Cláusula 76. Constatada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário terá de ser informado imediatamente pela **CONTRATADA**.

Cláusula 77. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, nos casos de doença ou lesão preexistente, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

Parágrafo único. Após o julgamento, e uma vez acolhida a alegação da operadora pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário.

Cláusula 78. Quando o número de inscritos, na data da contratação, for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não haverá cláusula de agravado ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesões pré-existentes, 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**.

XXIII. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 79. Definem-se por emergência casos que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente, e definem-se como urgência os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cláusula 80. No caso de o beneficiário necessitar de assistência médico-hospitalar de urgência ou emergência, durante o período em que estiver

cumprindo carência contratualmente prevista, a **CONTRATADA** estará obrigada a prestar atendimento, excetuando os casos que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, sendo neste caso a **CONTRATADA** obrigada a prestar atendimento de urgência ou emergência, limitado tão somente as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

Cláusula 81. O presente contrato garantirá:

I - o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após decorridas 24 (vinte quatro) horas da vigência do contrato (artigo 3º, § 2º, da Resolução do CONSU n. 13/98);

II - a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;

III - a cobertura dos atendimentos de urgência ou emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução do CONSU n. 13/98);

IV - o atendimento de urgência ou emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.

V - o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência, no mesmo município demandado, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que tais localidades sejam pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto contratado.

§ 1º. O disposto no inciso V desta cláusula, dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

§ 2º. A garantia de transporte prevista no inciso V desta cláusula, não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Cláusula 82. O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto-atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico".

Cláusula 83. É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

§ 1º. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

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

II - conta hospitalar com discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

III - 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;

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

§ 2º. O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

§ 3º. O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.

XXIV. REMOÇÃO

Cláusula 84. É assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

§ 1º. Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

§ 2º. Caberá remoção ao SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carência e quando houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.

§ 3º. Nos casos de remoção para o SUS, cessa a obrigação da **CONTRATADA**, e, se o paciente não tiver condições de ser removido, por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** deste ônus.

§ 4º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 85. Na hipótese do beneficiário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para a internação hospitalar, caberá à **CONTRATADA** o ônus

e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de tais serviços, visando à continuidade do atendimento.

Parágrafo único. No caso de remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

XXV. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 86. A rede de prestadores de serviços será divulgada no Guia Médico, a ser entregue juntamente com este contrato, pelo endereço eletrônico da **CONTRATADA** (www.unimedpoa.com.br) ou por contato telefônico do beneficiário à Central de Atendimento.

Cláusula 87. No caso de utilização de consultas e/ou serviços previstos neste contrato na rede credenciada/referenciada ou própria da **CONTRATADA**, será garantido o atendimento integral das coberturas dos serviços e procedimentos deste contrato, nos seguintes prazos:

I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete dias);

II - consultas nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII - consulta e procedimentos realizados em consultórios/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análise clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI - procedimentos de alta complexidade (PAC): em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV - urgência e emergência: imediato.

§ 1º. Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos nesta cláusula, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial da **CONTRATADA**, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º. O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º. Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI desta cláusula são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS.

§ 5º. Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII desta cláusula e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no inciso XI.

§ 6º. Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município pertencente à área geográfica de abrangência e a área de atuação previstas nesse contrato, a **CONTRATADA** garante ao beneficiário os atendimentos previstos nessa cláusula, conforme dispõe a Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS e suas atualizações, sendo que essa normativa poderá ser acessada por meio do site: www.ans.gov.br ou poderá ser consultada pela Central de Atendimento Telefônico da **CONTRATADA**.

Cláusula 88. A **CONTRATADA** garante ao beneficiário que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento concedido pelo seu serviço de regulação se dará no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula 89. A **CONTRATADA** cobrará o valor correspondente as coparticipações, conforme previsto no capítulo "PAGAMENTO DE MENSALIDADE".

Cláusula 90. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade desses ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§ 1º. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.

§ 2º. A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará o **CONTRATANTE** responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da **CONTRATADA**, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.

§ 3º. O **CONTRATANTE**, no caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente à época, no equivalente a 50% (cinquenta por cento) de uma despesa de inscrição, considerando o disposto no parágrafo imediatamente anterior.

§ 4º. A responsabilidade do **CONTRATANTE**, caso não comunique a ocorrência do fato à **CONTRATADA**, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

Cláusula 91. A internação hospitalar será concedida somente mediante solicitação escrita do médico assistente responsável pela internação, e autorizada, quando for o caso, por médico auditor da **CONTRATADA**.

Cláusula 92. A **CONTRATADA**, mediante exibição do documento de que trata a cláusula acima deste instrumento, emitirá AIH para a entidade hospitalar própria ou credenciada, respeitadas as ressalvas deste convênio, autorizando a internação, sempre nos estritos termos contratuais.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não reconhecer a internação dita de urgência ou emergência, sempre que essa haja ocorrido com a não observância do conceito de urgência ou emergência, adotado por este contrato, a partir da verificação realizada por Junta Médica, constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA** nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08 de 1998.

Cláusula 93. A **CONTRATADA** comunica à **CONTRATANTE** que a internação hospitalar é recurso auxiliar ao tratamento médico, somente utilizável na hipótese de não haver meio mais recomendável e adequado ao próprio tratamento. Havendo divergências entre as partes, utilizar-se-á dos critérios da Junta Médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.

Cláusula 94. Em virtude do preceituado neste contrato, os prazos de internação hospitalar serão estritamente determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da mesma, sendo garantida a inexistência de qualquer limitação temporal.

Cláusula 95. Persistindo uma internação hospitalar além do prazo normalmente previsto, para reversão da fase aguda da patologia determinante da internação, segundo as regras normais da experiência e do conhecimento técnico-médico, a **CONTRATADA** solicitará Junta Médica a fim de averiguar a necessidade de manutenção da internação hospitalar, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.

§ 1º. O **CONTRATANTE** e seus beneficiários obrigam-se a envidar todos os esforços razoáveis no intuito de colaborar com o trabalho dos peritos.

§ 2º. Uma vez comprovada a ausência de necessidade da continuidade da internação hospitalar, a **CONTRATADA** reserva-se o direito, segundo este contrato, de cancelar sua responsabilidade pelo custeio da internação, tão logo findo o último prazo previsto pelo médico que solicitar a internação autorizada pela **CONTRATADA**.

§ 3º. Fica o **CONTRATANTE** ciente de que a **CONTRATADA**, para melhor cumprimento das disposições desta cláusula, mediante seu regramento interno autorizará as internações ou a continuidade destas na periodicidade que estabelecer.

§ 4º. A **CONTRATADA** garantirá, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse por intermédio de Junta Médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Cláusula 96. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da **CONTRATADA**.

Cláusula 97. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao **CONTRATANTE** 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.

§ 1º. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" desta cláusula ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, a **CONTRATADA** obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

§ 2º. Excetuam-se do previsto no § 1º (parágrafo primeiro) os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE**.

§ 3º. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

Cláusula 98. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de substituir qualquer estabelecimento ambulatorial credenciado/referenciado, por outro equivalente.

§ 1º. Durante o período de aviso-prévio, continuará sendo utilizado o estabelecimento a ser desligado, sem qualquer prejuízo para o beneficiário.

§ 2º. Faculta-se ao **CONTRATANTE** rescindir o contrato, mesmo na vigência de prazo determinado, caso se entenda prejudicada com a substituição.

Cláusula 99. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem redução dos direitos conferidos ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários, devendo ser previamente informados a esses, caso impliquem a necessidade de sua colaboração.

Cláusula 100. O **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais prestados aos beneficiários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

Cláusula 101. Os beneficiários deste contrato agendarão os procedimentos de oncologia ambulatorial diretamente com a **CONTRATADA**, exclusivamente, através da Central de Atendimento Telefônico ou presencialmente nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, elencadas no Guia Médico, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.

Parágrafo único. Caso seja necessário o encaminhamento do atendimento para a rede credenciada/referenciada, a Central de Atendimento Telefônico ou o atendimento presencial nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, realizarão a autorização e o direcionamento para a sua rede credenciada/referenciada.

XXVI. BÔNUS - DESCONTOS

Cláusula 102. O valor básico tal como previsto no "caput" da cláusula de pagamento, será fixado em conformidade com o número de beneficiários titulares e beneficiários dependentes inscritos, nos termos previstos nas faixas abaixo:

I - faixa um: de, no mínimo, 3 (três) a 29 (vinte e nove) beneficiários, inclusive, valor da mensalidade básica conforme o "caput" da cláusula de pagamento;

II - faixa dois: de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários, valor da mensalidade básica correspondente a prevista no "caput" da cláusula de pagamento, deduzindo-se o percentual de 7% (sete por cento).

Parágrafo único. É vedada a concessão de descontos ou vantagens, especificamente delimitados em prazos contratuais, em função de idade do beneficiário ou ainda que estimulem a redução da utilização dos serviços.

XXVII. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Cláusula 103. Assegura-se ao beneficiário titular, participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato, e nele regularmente inscrito, se dispensado do emprego, por iniciativa do empregador, sem justa causa, desde que assumo o custeio integral da mensalidade, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, conforme reguladas nos parágrafos desta cláusula:

§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será equivalente a 1/3 (um terço) do prazo de inscrição do beneficiário no plano, respeitado o limite mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contado beneficiário por beneficiário observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre contado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da demissão.

§ 2º. O direito aqui previsto é extensivo aos beneficiários dependentes do beneficiário titular, regularmente inscritos no contrato, quando da despedida do último, ressalvada a possibilidade de inclusão apenas de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§ 3º. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no custeio da mensalidade do plano de assistência a saúde.

§ 4º. O falecimento do beneficiário titular não prejudicará o direito assegurado aos beneficiários dependentes, regularmente inscritos.

§ 5º. O beneficiário terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, para manifestar, de forma expressa e escrita, seu interesse no benefício de manutenção.

§ 6º. Sem prejuízo do disposto acima, reserva-se a **CONTRATADA**, ao direito de cobrar as mensalidades que decorrerem da data de comunicação do desligamento

do beneficiário, em virtude da demissão, até a data em que o mesmo pleitear, diretamente, junto a ela, o exercício do direito, como condição para sua concessão.

§ 7º. No caso de contratação sucessiva de mais de uma operadora, os períodos de contribuição do ex-empregado com as várias operadoras serão considerados.

§ 8º. A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

Cláusula 104. Assegura-se ao beneficiário titular participante do custeio da mensalidade prevista no presente contrato e nele regularmente inscrito, quando aposentado e extinto o contrato de trabalho em decorrência da aposentadoria, o direito de manter todas as condições previstas neste instrumento, nos termos regulados nos parágrafos desta cláusula:

§ 1º. O prazo de manutenção deste direito será permanente, caso a inclusão no presente contrato, por parte do beneficiário titular, haja sido por período não inferior a 10 (dez) anos e, em casos de período menor, de 1 (um) ano, por ano de contribuição, na forma prevista no cabeçalho desta cláusula, sendo contado beneficiário por beneficiário, observado o previsto no parágrafo subsequente, sendo sempre computado a partir da data comprovada do desligamento do beneficiário, em virtude da aposentadoria.

§ 2º. Aplicam-se para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido, previstas nas cláusulas acima.

Cláusula 105. A **CONTRATANTE** deverá informar os beneficiários sobre os direitos previstos neste capítulo, no ato da comunicação do aviso prévio ou quando da comunicação da aposentadoria, competindo a esta a comprovação da comunicação da opção de manutenção da condição de beneficiário.

§ 1º. Caberá a **CONTRATANTE** apresentar ao beneficiário ex-empregado ou aposentado a tabela de preços por faixa etária, vigente na época da contratação, a ser adotada quando da manutenção do benefício.

§ 2º. A tabela de preços por faixa etária será disponibilizada pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** no portal corporativo e ficará a disposição para consulta dos beneficiários.

Cláusula 106. Extinguem-se os benefícios, previstos neste capítulo, na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:

I - pelo decurso dos prazos previstos neste capítulo;

II - pela comprovação de que o beneficiário titular foi admitido em novo emprego, sendo este entendido como aquele que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ou estejam inadimplentes com suas mensalidades por período superior a 60 dias, desde que notificados pela **CONTRATADA** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

III - pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela **CONTRATANTE**.

Cláusula 107. Conforme dispõe o artigo 11, da RN nº 279/2011 da ANS, a **CONTRATADA** somente analisará a solicitação de exclusão do beneficiário titular do plano de assistência à saúde, quando a **CONTRATANTE** enviar, de forma expressa e escrita as seguintes declarações:

I - o motivo da extinção do contrato de trabalho do beneficiário;

II - se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;

III - se o empregado contribuiu para o plano;

IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu, considerando, se houver, os períodos decorrentes da contratação sucessiva pela **CONTRATANTE** de planos com quaisquer operadoras e que tenham sido celebrados após 1º de Janeiro de 1999 ou que tenham sido adaptados à lei 9.656/98;

V - se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter essa condição.

Parágrafo único. Enquanto não forem prestadas as informações formais requeridas nesta cláusula, o beneficiário titular permanecerá na condição de vínculo empregatício ativo.

Cláusula 108. A **CONTRATADA** garantirá a disponibilidade de plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento do plano coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Cláusula 109. Nos termos do §4º (parágrafo quarto), do art. 31 da Lei n. 9.656/98, o direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos beneficiários decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Cláusula 110. Nos planos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE** não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização de serviços de assistência médica.

XXVIII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 111. Caberá tão somente ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do primeiro, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com o **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.

§ 1º. O beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente de contrato de plano de saúde coletivo.

§ 2º. A **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§ 3º. Expirado o prazo disposto no parágrafo anterior sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à **CONTRATADA**, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA**.

Cláusula 112. As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:

I - exclusão do beneficiário titular;

II - morte do beneficiário titular ou dependente;

III - casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;

IV - filho(a) ou enteado(a) que completou 18 (dezoito)anos;

V - filho(a), enteado(a) ou neto(s) com idade entre 18 (dezoito) e 35 (trinta e cinco) anos, por perda da condição de estudante;

VI - filho(a), enteado(a) ou neto(s) estudante com idade igual a ou maior que 35 (trinta e cinco) anos;

VII - extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;

VIII - não comprovação, quando exigida, do vínculo de dependência econômica.

§ 1º. O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega desses para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).

§ 2º. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, inclusive nos casos de urgência e emergência, correrão exclusivamente por conta do **CONTRATANTE**.

§ 3º. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, são de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

Cláusula 113. A comprovação de fraude contratual, por parte dos beneficiários, no sentido de tentar obter ou manter prestação de serviços de assistência à saúde, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da patologia, implicará na rescisão contratual, nos termos determinados pela ANS, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

XXIX. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 114. Rescinde-se o contrato de pleno direito, por parte do **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.

Parágrafo único. Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar o **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 115. Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE**, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá ao **CONTRATANTE** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula 116. Caso o **CONTRATANTE** atrase o pagamento de quaisquer das contraprestações pecuniárias por um período superior a 20 (vinte) dias, notificado do fato, não venha a atualizar as mensalidades devidas, a cobertura será suspensa para todos os beneficiários vinculados neste contrato a partir do 21º (vigésimo-primeiro) dia de inadimplência até que sejam quitados os valores devidos, estes acrescidos dos encargos de mora pactuados.

Parágrafo único. Fica estabelecido desde já que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por notificações encaminhadas a endereços desatualizados da **CONTRATANTE**, sendo dever e responsabilidade da **CONTRATANTE** informar a **CONTRATADA** sempre que houver mudança de endereço.

Cláusula 117. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 118. Na hipótese de qualquer uma das partes rescindirem o presente contrato antes do prazo mínimo de 1 (um) ano, a parte que motivar a rescisão pagará à outra multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades restantes para se completar os 12 (doze) meses de vigência do presente contrato.

+

XXX. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 119. Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos beneficiários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa, após devida concordância da ANS, da parte estipulante ao beneficiário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula 120. A CONTRATADA respeita a privacidade do CONTRATANTE e de seus beneficiários e declara implementar todos os meios técnicos disponíveis para assegurar a proteção e segurança de seus dados pessoais. A CONTRATADA realizará o tratamento de dados do CONTRATANTE e de seus beneficiários de acordo com os fundamentos legais previstos em lei e, nas hipóteses em que a obtenção do consentimento for necessária, este será devidamente coletado.

Cláusula 121. Informações sobre o tratamento de dados pessoais realizados pela CONTRATADA e sobre a sua Política Geral de Privacidade podem ser encontradas no site <https://www.unimedpoa.com.br/politica-privacidade> ou através do envio de e-mail para o endereço lgpd@unimedpoa.com.br.

Cláusula 122. As disposições a seguir aplicam-se somente se você está vinculado em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão junto a Unimed Porto Alegre:

Cláusula 123. Considerando a natureza do plano coletivo ora contratado, ambas as partes reconhecem que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis, sendo necessário assegurar que o tratamento destes dados esteja alinhado com as exigências legais e com as melhores práticas de proteção de dados.

Cláusula 124. O presente Contrato está inteiramente submetido à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), obrigando-se as partes a observar todos os seus termos e condições, e devendo, em especial:

1. Possuir estrutura operante para recepcionar e atender, de forma adequada, petições e/ou comunicações dos titulares de dados pessoais, nas quais seja exigido o cumprimento a qualquer dos direitos previstos na LGPD;
2. Guardar registro de todas as operações de tratamento de dados efetuadas em razão do cumprimento deste Contrato, e compartilhá-las com a outra parte, de forma estruturada, em 48h após a solicitação, ou sempre que for necessário para cumprir a LGPD;
3. Adotar as medidas técnicas e organizacionais adequadas para garantir a segurança e a confidencialidade dos dados pessoais tratados, de acordo com as melhores práticas de tecnologia e segurança da informação.

Cláusula 125. Caso ocorra um incidente envolvendo dados pessoais, as partes obrigam-se a:

1. Notificar a outra no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após ter ciência do mesmo, descrevendo, pelo menos, (i) a natureza dos dados pessoais afetados; (ii) as informações sobre os titulares envolvidos; (iii) as medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados, observados os segredos comercial e industrial; (iv) os riscos relacionados ao incidente; os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata; e (v) as medidas que foram ou que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo;

2. Disponibilizar pessoal habilitado a empreender todos os esforços necessários para remediar o incidente, de forma previamente alinhada.

Cláusula 126. A CONTRATANTE declara que:

1. Coletará junto aos beneficiários do plano coletivo seu consentimento expresso, para fins de autorizar a CONTRATADA a fazer o reporte de informações de utilização do plano pelos beneficiários para a CONTRATANTE, devendo observar, obrigatoriamente, as previsões do Termo modelo abaixo detalhado:

TERMO DE ADESÃO - PLANOS EMPRESARIAIS

Considerando a natureza do benefício do plano de saúde ora aderido, você, colaborador, reconhece que serão realizadas inúmeras operações de tratamento de dados, inclusive de dados sensíveis relacionados a sua saúde como é o caso do histórico de utilização do plano, incluindo descrição do procedimento/insumo usufruído por você e/ou seus(s) dependente(s), bem como nome e especialidade do prestador responsável pelo serviço.

Você AUTORIZA que a (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) realize o tratamento dos dados pessoais acima indicados referentes a você e ao(s) beneficiário(a) indicados por você, os quais serão compartilhados pela Unimed Porto Alegre, para fins de:

() gerir o plano de saúde empresarial ao qual você está aderindo, incluindo conferência da fatura para desconto em folha de pagamento, bem como análise de custos;

() gestão da sua saúde, para permitir intervenções imediatas de assistência e acompanhamento social com a sua família e beneficiário em assistência;

() acompanhar sua evolução clínica e tratamento dispendido pela Unimed Porto Alegre na execução do plano de saúde, para que nossa medicina corporativa possa acompanhar a evolução do seu quadro clínico durante seu período de internação.

Você também declara, de forma livre, informada e inequívoca, que:

¿ É representante legal do(s) menor(es) indicados acima:

¿ Possui conhecimento acerca da necessidade do tratamento dos dados pessoais do(s) beneficiário(s) indicados para fins de gestão do plano de saúde, nos termos indicados acima.

A (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial) manterá os seus dados pessoais enquanto forem necessários para a execução da finalidade acima, de acordo com a legislação aplicável, e/ou até que você revogue este consentimento. Seus dados médicos serão exclusividades tratados por médicos da (Inserir o nome da empresa contratante do plano empresarial), sendo respeitada o sigilo entre médico e paciente

Assinatura do colaborador

Nome do colaborador e dependentes

2. Possui meios de comprovar a obtenção de consentimento junto aos beneficiários sempre que requisitado pela CONTRATADA.

Cláusula 127. Integram o presente contrato:

I - Manual de Orientação (Anexo I);

II - Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;

III - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);

IV - Guia de Leitura Contratual (GLC);

V - Declaração de oferta do Plano Referência.

Parágrafo único. O CONTRATANTE ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à CONTRATADA, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula 128. O CONTRATANTE aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato por via de arquivos especiais (digitalizados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

Cláusula 129. A CONTRATADA declara que está comprometida com a ética nas relações mantidas com entidades públicas, fornecedores e demais parceiros de negócios, e que conduz seus negócios sempre em cumprimento de todas as leis, em especial a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), para assegurar a integridade de suas relações.

Cláusula 130. O CONTRATANTE declara que se compromete com a utilização dos serviços contratados de forma ética e com integridade.

Cláusula 131. A CONTRATADA declara que orienta suas ações junto ao CONTRATANTE e seus beneficiários pela ética, pela integridade e pela excelência no cuidado, respeitando e fortalecendo as diretrizes e os valores estabelecidos em seu Código de Ética e de Conduta, que pode ser acessado no site <https://www.unimedpoa.com.br/a-unimed/unimed-porto-alegre/codigo-de-conduta>. Qualquer violação ao Código de Ética e de Conduta pode ser reportada ao Canal de Ética e de Conduta, disponível na mesma página.

+

XXXI. ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 132. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do CONTRATANTE para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

XXXII. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.



LEANDRO BATISTA FIRME
SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CONTRATADA

DocuSigned by:
Mauro Ibiás Costa
4EAD9D78528F42F...



ROSANGELA SILVEIRA DÁVILA
DIRETORA DE RELAÇÕES COM O MERCADO

CONTRATADA

DocuSigned by:
PAULO ROBERTO BELLO FALLAVEN
03ADC0D10D4648C...

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

+

Manual de Orientação

Previamente à assinatura do contrato, ou mesmo autorização para encaminhamento de qualquer proposta contratual, é importante o conhecimento de alguns conceitos.

A leitura do contrato, por mais cansativa que seja, deve anteceder qualquer ato do **CONTRATANTE** com vista a assiná-lo. Qualquer conselho em sentido contrário é expressamente desautorizado pela **CONTRATADA**.

Todos os serviços de saúde que estão fora da cobertura encontram-se previstos, destacadamente, no corpo do contrato. Ler os pontos destacados é de máxima importância.

É fundamental o conhecimento exato da contraprestação (preço) a ser paga pelos serviços contratuais. Neste sentido, as cláusulas referentes a preços devem ser lidas e relidas com todo o cuidado e atenção.

As dúvidas devem ser esclarecidas, junto aos representantes da **CONTRATADA**, antes da contratação.

Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços previstos nele.

O sentido de colaboração, num contrato desta natureza, é recíproco, devendo, pois, servir como princípio para ambas as partes.

Muitos dos termos contratuais são técnicos. Para compreendê-los, a **CONTRATADA** organizou, logo a seguir, um vocabulário básico e sua explicação. Toda vez que uma palavra prevista no vocabulário for utilizada no contrato, o sentido válido é o que consta na explicação daquele.

1. **acidente pessoal:** evento exclusivo, externo e involuntário, causador de lesões ou doenças.
2. **acomodação de internação hospitalar:** coletiva - com até 04 (quatro) leitos; individual - com leito individual.
3. **agrupamento de contratos:** medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.
4. **AIH:** sigla que identifica a autorização de internação hospitalar, documento, fornecido pela **CONTRATADA**, que é o único capaz de habilitar o beneficiário a obter o custeio, pela primeira, das despesas hospitalares que o último contrair.
5. **ambulatório:** consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente este, no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.
6. **atenção primária à saúde:** atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.
7. **beneficiário dependente:** os beneficiários inscritos pelo **CONTRATANTE** que não sejam o próprio **CONTRATANTE**, dependentes econômicos do beneficiário titular.

8. **beneficiário titular:** o próprio **CONTRATANTE** quando incluir-se como beneficiário da estipulação contratual.
9. **beneficiário:** todo aquele que, inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, é destinatário dos serviços contratados pela primeira e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pelo **CONTRATANTE** e aceito pela **CONTRATADA**, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.
10. **carência:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte do **CONTRATANTE** e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da **CONTRATADA**.
11. **CBPHM:** A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (TUSS) é o ordenamento dos métodos e procedimentos existentes tanto no campo terapêutico quanto no diagnóstico. Estabelece portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato.
12. **coberturas:** conjunto dos serviços contratualmente previstos.
13. **contratada:** exclusivamente a **UNIMED PORTO ALEGRE**, cujos representantes assinam o presente contrato.
14. **contratante:** a pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e no dos beneficiários que inscreva.
15. **contrato agregado ao agrupamento:** contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora.
16. **coparticipação:** pagamento parcial de despesas com serviços contratuais, conforme os limites percentuais previstos no contrato e os valores quantificados na tabela da **CONTRATADA**, pagos além da mensalidade contratual, realizado pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, em contraprestação complementar a serviço especificado no contrato.
17. **custo operacional:** despesas efetivamente realizadas pelos beneficiários do **CONTRATANTE** para pagamento, junto a prestadores, de serviços contratuais.
18. **despesas com acompanhante:** diária, compreendendo pernoite e alimentação, conforme rotina do nosocômio, obedecida a classe de internação hospitalar em que estiver incluído o beneficiário.
19. **doença ou lesão preexistente:** mal físico ou psíquico existente anteriormente à data da assinatura do contrato, de conhecimento por parte do beneficiário no momento de sua inclusão no contrato, em virtude da aceitação da **CONTRATADA**.
20. **emergência:** situações de saúde que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, conforme declaração inequívoca de médico assistente.
21. **foro:** sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
22. **hemodinâmica:** teoria mecânica da circulação do sangue.
23. **hospital-dia psiquiátrico:** recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos

por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

24. **internação hospitalar:** procedimento médico e administrativo mediante o qual o beneficiário permanece mais de 12 (doze) horas em estabelecimento hospitalar.

25. **médico assistente da contratada :** profissional da medicina integrante do quadro social da **CONTRATADA** como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED.

26. **médico de referência:** é o médico assistente responsável pela visão global do paciente. É dele a responsabilidade pela integralidade do cuidado em saúde, pela coordenação dos cuidados de subespecialistas (quando necessário) e pela promoção e prevenção em saúde.

27. **mensalidade básica:** o valor mensal previsto contratualmente, sem acréscimos percentuais decorrentes da faixa etária, e excluídos os valores de coparticipação ou custo operacional.

28. **núcleo de atendimento:** serviço integrante da estrutura operacional da **CONTRATADA**, sobre o qual recairá o atendimento nos casos de consultas médicas, exames e encaminhamento para atendimento nos demais serviços próprios e/ou credenciados da UNIMED, observadas exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.

29. **pequenas cirurgias:** todas as intervenções cirúrgicas que não implicam anestesia geral ou hospitalização.

30. **prazo anual de internação hospitalar:** todo aquele contado, cumulativa ou intercaladamente, no prazo anual do contrato.

31. **prazo anual:** período contado desde a data da assinatura do contrato até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após, e assim sucessivamente.

32. **psicoterapia de crise:** atendimento intensivo, prestado por profissionais da área de saúde mental.

33. **quimioterapia oncológica ambulatorial:** entende-se como quimioterapia oncológica ambulatorial 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.

34. **referenciar:** ação da **CONTRATADA** de indicar, ao beneficiário, conforme previsão contratual, prestadores de serviços contratuais, representando uma limitação, contratualmente prevista, na livre escolha do mesmo beneficiário.

35. **rescisão:** hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma regulada por este instrumento.

36. **serviço credenciado:** estabelecimento prestador de serviços que, não sendo da propriedade da **CONTRATADA**, é por esta ou por representante dela locado, em nome da(o) **CONTRATANTE**.

-
37. **sinistralidade:** previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.
38. **suspensão temporária:** período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a limitação parcial, nos termos do contrato, de serviços que integram a cobertura.
39. **triagem:** nos contratos em que é previsto trata-se de ato de seleção a que o beneficiário do **CONTRATANTE** deverá submeter-se, junto ao Núcleo de Atendimento da **CONTRATADA**, para ter acesso a qualquer atendimento previsto neste contrato, inclusive consultas, exames e autorização para internação hospitalar.
40. **urgência:** estado físico ou psíquico decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao beneficiário, em virtude de acidentes pessoais ou complicações decorrentes da gestação, conforme declaração inequívoca de médico assistente.



UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Venâncio Aires, 1040 | Fone: 0800.510.4646 | Fax: (51) 3330.4407
CEP: 90040-192 | Porto Alegre/RS | CNPJ (MF) 87.096.616/0001-96



Operadora: Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.

CNPJ: 87.096.616/0001-96

Nº de registro na ANS: 352501

Nº de registro do produto: 459.779.096

Site: unimedpoa.com.br

Telefone: 0800 510 4646

Guia de leitura contratual

		Páginas do Contrato
Contratação	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletivo ou individual.	1
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.	2
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	5
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado pela operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito. Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	13
Exclusões de Cobertura	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	21

Carências	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	23
Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) Vigência	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	24
Mecanismos de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	28
Continuidade no plano Coletivo Empresarial (Art. 30 e 31 da Lei N°9.656/1998)	A existência da carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP. A contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	32
Rescisão/Suspensão	A rescisão põem fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	35

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA COMPLETA DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
 Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
 Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

+