

ÍNDICE

CLÁUSULA I – Atributos e objeto do contrato	pág 4
CLÁUSULA II – Condições de admissão de beneficiário	pág 5
CLÁUSULA III – Coberturas e procedimentos garantidos	pág 9
CLÁUSULA IV – Da cobertura ambulatorial	pág 11
CLÁUSULA V – Da cobertura hospitalar	pág 15
CLÁUSULA VI – Cobertura obstétrica	pág 20
CLÁUSULA VII – Exclusões de cobertura	pág 21
CLÁUSULA VIII – Duração do contrato	pág 32
CLÁUSULA IX – Períodos de carência	pág 32
CLÁUSULA X – Doenças e lesões preexistentes	pág 34
CLÁUSULA XI – Atendimento de urgência e emergência	pág 37
CLÁUSULA XII – Mecanismos de regulação	pág 42
CLÁUSULA XIII – Formação de preço e mensalidade	pág 54
CLÁUSULA XIV – Reajuste	pág 55
CLÁUSULA XV – Faixas etárias	pág 59
CLÁUSULA XVI – Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos	pág 61
CLÁUSULA XVII – Condições da perda da qualidade de beneficiário	pág 67
CLÁUSULA XVIII – Rescisão e suspensão	pág 68
CLÁUSULA XIX – Portabilidade de carências	pág 72
CLÁUSULA XX – Das disposições gerais	pág 72
CLÁUSULA XXI – Eleição e Foro	pág 80

UNIMED UBERLÂNDIA

Unimed Soluções 03

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

CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Nome Comercial do Plano na ANS	Este plano é denominado comercialmente de Unimed Soluções 03.
Nº de registro do plano	Registro ANS/MS nº 482.958/19-1.
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária .
Segmentação Assistencial	A segmentação assistencial do plano objeto deste instrumento contratual é AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
Área geográfica de abrangência	A área de abrangência geográfica deste plano é municipal: Uberlândia/Minas Gerais.
Área de Atuação	Uberlândia/MG.
Padrão de Acomodação	<p>As internações hospitalares garantidas por este plano se fazem em padrão de acomodação Coletiva (Enfermaria).</p> <p>Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital.</p> <p>Em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço da rede, integrante da rede prestadora do produto contratado, observada as condições clínicas e mediante autorização do médico assistente, a CONTRATADA poderá remover o paciente para outro prestador da rede, cujo ônus da remoção ficará a cargo da CONTRATADA.</p>

Formação do Preço	Preestabelecido.
Atendimento de Urgência e Emergência	<p>Para os atendimentos de Urgência e Emergência:</p> <p>O beneficiário deverá procurar a rede credenciada da Unimed divulgada no Guia Médico e no seu Portal Corporativo em www.unimeduberlandia.coop.br e através da Central de Atendimento telefone: 0800 34 6900 que atende 24 horas, durante sete dias por semana.</p>
Horário Atendimento	<p>Horário de atendimento Unimed:</p> <p>Nos dias úteis e em horário comercial, o horário de atendimento será de 07:30h às 18:00 horas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência que o atendimento é de 24 horas durante sete dias por semana.</p>
Remoção Inter-hospitalar	<p>Para solicitação do serviço de remoção inter-hospitalar (transferência entre hospitais) entrar em contato através do telefone: 0800 34 2115</p>
Porta de entrada e Atendimento Eletivo (agendado)	<p>Este é contrato é regido sob o sistema de atenção primária à saúde, possuindo Unidade de Porta de Entrada conforme identificado no Guia de Rede deste produto.</p> <p>O atendimento eletivo, àquele que depende de agendamento prévio, será realizado inicialmente na rede/porta de entrada, conforme identificado no Guia de Rede deste produto, contratada/credenciada da Unimed.</p>

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS E OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência suplementar à saúde, conforme previsto no inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, **LIMITADA RESTRITIVAMENTE às coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.**

1.1.1 O produto contratado estabelece a atenção primária à saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico da família, indicado pela CONTRATADA no atendimento primário obrigatoriamente realizado na unidade “Porta de Entrada” do serviço, conforme delimitado neste contrato.

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

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

14 - Para adesão ao plano de saúde na modalidade coletivo empresarial, o número mínimo de beneficiários será de 3 (três).

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Da admissão de beneficiários

2.1 - Poderão se inscrever neste plano de saúde, desde que, comprovado o vínculo com a contratante:

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

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

III. os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;

IV. os aposentados ou demitidos ou exonerados sem justa causa da pessoa jurídica contratante, que contribuam com o plano de saúde, conforme artigos 30 e 31 da Lei Nº. 9.656, de 1998 e RN 279 e suas alterações;

V. os agentes políticos;

VI. os trabalhadores temporários;

VII. os estagiários e menores aprendizes; e

VIII o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, conforme cláusula 2.4 deste contrato.

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

2.3 - O ingresso do grupo familiar **dependerá da participação do beneficiário titular** neste contrato de plano privado de assistência a saúde. Após este prazo, a inclusão será realizada, observando o disposto na cláusula 9.3 a 9.5 deste instrumento.

2.4 - São beneficiários dependentes deste plano de saúde: o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos e dependência econômica em relação ao titular:

- I O cônjuge;
- II O filho, natural ou adotivo, desde que solteiro e menor de 18 (dezoito) anos ou de 24 (vinte e quatro) anos, se estudante universitário;
- III O enteado e o tutelado, desde que solteiro e menor de 18 (dezoito) anos ou de 24 (vinte e quatro) anos, se estudante universitário;
- IV. O(a) companheiro(a), havendo união estável, **devidamente comprovada**, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

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

2.4.2 - É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

- a) Do filho recém-nascido, natural ou adotivo, tutelado ou sob a guarda, como dependente, isento do cumprimento de carência, sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, tutela, guarda ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta dias) dias.

Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal NÃO TENHA cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

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

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

2.5 - Para fins de comprovação da união estável o beneficiário titular deverá apresentar escritura pública.

2.6 - Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular e cópia dos respectivos documentos:

- a) Cópia do CPF do titular e de todos os dependentes maiores de 18 anos;
- b) Cópia da carteira de identidade de todos os beneficiários;
- c) Cópia do comprovante de residência;
- d) Cópia da certidão de nascimento para os dependentes menores de idade que não possuam RG e CPF;
- e) Cópia certidão de casamento ou declaração de união estável;
- f) nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS) se houver;
- g) nº do PIS/PASEP se houver;
- h) Nome da mãe de todos os beneficiários;

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

2.8 - Caso a CONTRATANTE seja constituída na forma de Empresário Individual, esta deverá no ato da contratação e anualmente na data do aniversário do contrato, comprovar documentalmente a regularidade cadastral junto aos órgãos competentes, inclusive junto a Receita Federal, bem como,

preencher os requisitos de elegibilidade dos beneficiários, sob pena de rescisão contratual nos termos da Resolução Normativa 432/2017 da ANS e suas alterações posteriores.

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

2.9 - Para fins de comprovação da legitimidade da CONTRATANTE e elegibilidade de seus beneficiários, devem ser apresentados no ato da contratação do plano:

I) Legitimidade da CONTRATANTE:

- a) cópia do Contrato Social / Estatuto Social, no caso de Empresário Individual o Requerimento de Empresa Individual;
- b) certidão simplificada emitida no site da Junta Comercial;
- c) certificado da Condição do Microempreendedor Individual (CCMEI), no caso de Empresário Individual enquadrado como Microempreendedor Individual; e
- d) comprovante de inscrição e de situação cadastral junto a Receita Federal com a situação cadastral “ativa”; ou
- e) documento que confirme sua inscrição com a situação ativa nos órgãos competentes.

II) Elegibilidade de beneficiários titulares:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social (GFIP);

2.9.1 – As comprovações de regularidade de registro devem ser apresentadas na forma física.

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

2.11 - Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano ou caso ocorra perda da condição de beneficiário serão de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA, mediante cronograma mensal de prazos.

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

2.13 - A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes está condicionada a participação do beneficiário titular no plano, observada a legislação vigente quanto aos aposentados que continuam trabalhando na mesma empresa.

2.14 - A relação de beneficiários será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios de dependência e elegibilidade, assim como da Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários, quando devida, nos termos dos quesitos apresentados pela CONTRATADA.

2.15 - As inclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação na data de ciência pela CONTRATADA.

2.16 - A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos respectivos documentos, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários, conforme calendário disponibilizado pela CONTRATADA.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Diretrizes de Utilização, desde que observada às coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e a exclusões de cobertura expressamente previstas neste instrumento.

3.2 - A cobertura será garantida por médicos cooperados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pela CONTRATADA, conforme relação de prestadores entregue ao CONTRATANTE.

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

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

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

3.6 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica, **respeitado os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso, ou qualquer tipo de relação entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviço**.

3.7 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as diretrizes de utilização e segmentação contratada.

3.8 - As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

3.9 - O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, **respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, porta de entrada, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada pela CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato**.

3.10 - Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato na Cláusula XI – Atendimento de Urgência e Emergência.

3.11 - Estão cobertos os atendimentos relacionados ou não com acidente de trabalho e saúde ocupacional, observada a segmentação contratada. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional, estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

3.12 - No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, a CONTRATADA assegurará a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, de acordo com a segmentação do plano, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT).

3.12.1 - A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente.

CLÁUSULA IV - DA COBERTURA AMBULATORIAL

4 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

- c) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, sessão de psicoterapia realizado tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, **quando preenchidos os critérios previstos nas diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente**. A solicitação de tais procedimentos deve ser realizada pelo médico assistente.
- d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física **expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente**, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano;
- e) cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente (**exceto inseminação artificial ou reprodução assistida**);
- f) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS;
- g) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente (**observada as regras da CONSU 13 da ANS**);
- h) cobertura hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- i) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde (observada as DUT - Diretrizes de Utilização constantes do Rol de procedimentos da ANS);
- i1) Os medicamentos indicados em desconformidade com as DUT's – Diretrizes de Utilização da ANS, constantes do anexo II do Rol de Procedimentos da ANS, não serão cobertos pelo plano, ainda

que, indicados pelo médico assistente. Neste caso, o custo do tratamento correrá por conta exclusiva do beneficiário.

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

k) cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares;

l) cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

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

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

i 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

ii medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA, **excluídos os tratamentos experimentais e of label.**

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

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

i. A solicitação deverá ser feita DIRETA E EXCLUSIVAMENTE na CONTRATADA;

ii.O beneficiário deverá solicitar a CONTRATADA o medicamento, que será entregue mediante o recebimento da receita original, assinada pelo médico assistente.

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

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

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

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

3 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos, observado a coberturas previstas no rol de procedimentos vigente.

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

CLÁUSULA V - DA COBERTURA HOSPITALAR

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

a) cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação **hospitalar, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados.**

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

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

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica relacionados à doença que motivou a internação e previstos neste contrato, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

I) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II) idosos a partir dos 60 anos de idade; e

III) pessoas com deficiência.

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

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

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

I em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente 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, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

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

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

I) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

II) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

III) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

IV) hemoterapia;

V) nutrição parenteral ou enteral;

- VI) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VII) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VIII) radiologia intervencionista;
- IX) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XI) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

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

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

n) cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, **visa substituir a internação convencional**, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos vigente.

o) a CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por 12 meses de vigência contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade, psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 meses de vigência do contrato, será cobrada coparticipação do beneficiário no percentual de 50%. (cinquenta por cento) do custeio da conta hospitalar, bem como de cada diária excedida.

p) cobertura e assistência para os procedimentos clínicos/hospitalares na modalidade de hospital-dia, para realização de procedimentos de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

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

- 1) as despesas assistenciais com doadores vivos do beneficiário receptor;

- 2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- 3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), e pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**; e
- 4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem ônus ao beneficiário receptor.

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

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

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

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

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

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

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

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

§ A CONTRATADA instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

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

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

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

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

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

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

5.11 - Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATADA.

5.12 - Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei n 9.273/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente.

CLÁUSULA VI – COBERTURA OBSTÉTRICA

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

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

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

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

6.4 - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

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

CLÁUSULA VII – EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

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

II. É legítima a recusa da operadora de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro pela ANVISA, em atenção ao disposto no art. 10, V, da Lei nº 9.656/98, sob pena de afronta aos arts. 66 da Lei nº 6.360/76 e 10, V, da Lei nº 6.437/76. Incidência da Recomendação nº 31/2010 do CNJ e dos Enunciados nº 6 e 26,

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

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

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país;**
- b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou**
- c) os medicamentos sem registros na ANVISA em qualquer situação;**
- d) não possuir as indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label) exceto quando: I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para**

fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

V. 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;

VI.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;

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

VIII.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;

IX.fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente.

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

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

- XII. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XIII. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- XIV. necropsia;**
- XV. medicina ortomolecular;**
- XVI. mineralograma do cabelo;**
- XVII. vacinas, bem como aplicação;**
- XVIII. enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, bem como todo e qualquer atendimento domiciliar,**
- XIX. internação domiciliar (home care), mesmo em caráter de emergência ou urgência;**
- XX. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;**
- XXI. procedimentos, exames, ou tratamento realizados no exterior ou fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada;**
- XXII. procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciadas a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência realizados dentro da abrangência e atuação do plano, que**

poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados de acordo com a tabela praticada pela CONTRATADA na forma e termos previstos neste contrato;

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

XXIV.os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clinico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos;

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

XXVI. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVII. transplantes, exceto os de córneas e rim e os transplantes autólogos, que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;

XXVIII. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXIX. identificação de cadáveres ou restos mortais;

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

XXXI.cirurgias para mudança de sexo, bem como aqueles procedimentos realizados no âmbito do processo transexualizador; excluídos ainda:

- a. acompanhamento do usuário no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório;
- b. tratamento hormonal no processo transexualizador;
- c. redesignação sexual no sexo masculino;
- d. tratamento hormonal preparatório para a cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador;
- e. acompanhamento de usuário(a) no processo transexualizador exclusivamente para o atendimento clínico;
- f. plástica mamária de silicone bilateral no processo transexualizador;
- g. vaginectomia;
- h. neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares.
- i. Clitorolastia;
- j. Cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino.

XXXII. suplemento e complemento alimentar, produtos de toalete e higiene pessoal, fraldas, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;

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

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

XXXV. resgate e remoção domiciliar;

XXXVI. Remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede própria da CONTRATADA, vinculado ao plano de saúde, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital não integrante da rede, à exceção quanto

a remoção em ambulância para transferência para o SUS, nos casos de cumprimento de carências e cobertura parcial temporária, ou falta de recursos na unidade do atendimento.

XXXVII. tratamentos em SPA e casas sociais;

XXXVIII. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXIX. As doenças ou lesões preexistentes e suas consequências durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, em que for necessário a realização de procedimento cirúrgico, leito de alta complexidade, ou for considerado procedimento de alta complexidade (PAC) relacionado à doença ou lesão preexistente. A contagem do prazo é iniciada na data de adesão, pelo beneficiário e do termo de cumprimento da Cobertura Parcial Temporária.

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

XLI. atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria, especial listados.

XLII. Exames realizados por técnicas de pesquisas em painel, tais como PCR Multiplex, CGH-Array (Hibridização Genômica Comparativa), MPLA (Multiplex Ligation- dependent Probe Amplification), Sequenciamento completo de todos os éxons do Genoma Humano (Exoma) e Sequenciamento do Genoma (Genoma) humano, nutricional, esportivo, tumoral ou mitocondrial, não contemplados no item “c” do Anexo II da RN 428. Da mesma forma, o screening de risco pessoal ou screening de planejamento familiar em paciente assintomático, não estão contemplados no item “c” do Anexo II da RN 428.

XLIII. Terapia PADOVAN, PADOVAN TEACH e suas variações.

XLIV. Hidroterapia.

XLV. Estão expressamente excluídos da cobertura deste plano de saúde, os hospitais, clínicas, laboratórios e outros prestadores, a saber:

CNPJ	Prestador	Nome Fantasia	Município	UF
88.625.686/0024-43	Assoc Educadora São Carlos Aesc	Hospital Mae De Deus	Porto Alegre	RS
92.685.833/0001-51	Assoc Hospitalar Moinhos De Vento	Hospital Moinhos De Vento	Porto Alegre	RS
09.866.294/0001-03	Centro Hospitalar Albert Sabin	Centro Hospitalar Albert Sabin	Recife	PE
70.237.144/0001-41	Hospital Memorial São José Ltda	Hospital Memorial Sao Jose Ltda	Recife	PE
10.839.561/0001-32	Hospitais assoc. De pernambuco ltda (h. Sta joana)	Santa Joana	Recife	PE
10.892.164/0001-24	Real Hospital Português	Hospital Português	Recife	PE
02.284.062/0001-06	Hospital Esperança	Hospital Esperança	Recife	PE
11.452.240/0001-43	Hospital Jayme Da Fonte	Hospital Jayme Da Fonte	Recife	PE
33.964.776/0001-80	Casa De Saude Saint Roman Ltda	Casa De Saude Saint Roman	Rio de Janeiro	RJ
33.501.214/0001-09	Clinica Da Gávea S A	Clinica Da Gávea	Rio de Janeiro	RJ
00.173.618/0001-53	Dh - Day Hospital Ltda	Dh - Day Hospital	Rio de Janeiro	RJ
73.696.718/0002-19	Instituição Adventista Este Brasileira D	Hospital Adventista Silvestre	Rio de Janeiro	RJ
31.635.857/0001-01	Hospitais Integrados Da Gávea S/A	Hospital Integrados Da Gávea - São Vicente	Rio de Janeiro	RJ
28.602.407/0001-08	Ipanema - Serviço De Assistência Medico-	Ipanema Serv Med Inf	Rio de Janeiro	RJ
86.748.076/0002-	Jorge Jaber Clinica De	Jorge Jaber Clinica De	Rio de Janeiro	RJ

04	Psicoterapia Ltda	Psicoterapia		
33.419.482/0002-59	Casa De Saude Laranjeiras Ltda	Perinatal Barra	Rio de Janeiro	RJ
33.419.482/0001-78	Casa De Saude Laranjeiras Ltda	Perinatal Laranjeiras	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0052-79	Esho empresa de serviços hospitalares s.	Casa De Saude Santa Lucia	Rio de Janeiro	RJ
33.722.224/0001-66	Associação Beneficente Israelita Do Rio	Hospital Israelita Albert Sabin	Rio de Janeiro	RJ
09.578.217/0001-58	Hospital Norte D Or De Cascadura As	Hospital Norte D Or	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0057-83	Esho Empresa De Serviços Hospitalares S.	Hospital Pasteur Esho	Rio de Janeiro	RJ
29.435.005/0051-98	Esho - Empresa De Serviços Hospitalares	Hospital Pro Cardíaco	Rio de Janeiro	RJ
60.884.855/0016-30	Impar Serviços Hospitalares S/A	Hospital São Lucas	Rio de Janeiro	RJ
06.047.087/0010-20	Rede D Or Sao Luiz S.A.	Quinta D Or	Rio de Janeiro	RJ
60.678.604/0002-02	Hospital E Maternidade Santa Joana S/A	Pro Matre Paulista	São Paulo	SP
60.777.901/0001-16	Hospital Santa Paula Ltda	Hospital Santa Paula	São Paulo	SP
61.590.410/0001-24	Soc.Benef.De Senh. Hospital Sírio Libanês	Soc Benef de Senh. Hospital Sírio Libanês	São Paulo	SP
60.453.024/0003-90	Associação Do Sanatório Sirio	Hcor Hospital do Coracao	São Paulo	SP
33.917.568/0001-20	Clinica Santa Helena S/C Ltda	Hospital Santa Helena Camacari	Camaçari	BA
34.326.108/0001-90	Semed Serviços Medico Hospitalares De Camacari Ltda.	Hospital Semed	Camaçari	BA

14.736.706/0001-20	Sermege Serviços Médicos Em Geral	Sermege Serviços Médicos em Geral	Camaçari	BA
15.194.004/0001-25	Fundação Jose Silveira	Hospital Santo Amaro Salvador	Salvador	BA
60.678.604/0001-13	Hospital E Maternidade Santa Joana S/A	Hospital e Maternidade Santa Joana S a	São Paulo	SP
60.884.855/0003-16	Impar Serviços Hospitalares As	Hospital Nove de Julho	São Paulo	SP
60.961.968/0001-06	Fundação Antonio Prudente	A C Camargo Câncer Center	São Paulo	SP
13.518.634/0001-82	Hospital Das Clinicas De Alagoinhas Ltda	Hca Hospital das Clinicas de Alagoinhas	Alagoinhas	BA
14.022.735/0001-20	Umi Urgência Medica Infantil Ltda.	Umi Urgencia Medica Infantil	Alagoinhas	BA
13.644.877/0001-67	Cetro Centro Especializado Em Traumatologia Reabilitação E O	Cetro Centro Especializado em Traumatolo	Alagoinhas	BA
13.016.092/0001-40	Sociedade Anônima Hospital Aliança	Hospital Aliança	Salvador	BA
13.534.771/0001-00	Probaby Clinica Infantil E Urgências Ltda	Probaby	Salvador	BA
13.808.803/0001-19	Promedica Patrimonial S/A	Hospital Jorge Valente	Salvador	BA
00.610.980/0001-44	Hospital Santa Marta LTDA	Hospital Santa Marta Ltda	Brasília	DF
92.898.550/0006-00	Fundação Universitaria De Cardiologia	Instituto de Cardiologia do Distrito Fed	Brasília	DF
72.576.143/0001-57	Serviços Hospitalares Yuge Ltda	Hospital Sao Francisco	Brasília	DF
14.373.815/0001-	Hospital Da Clima	Clima	Candeias	BA

20	Clinica Maria Albano Ltda			
61.213.674/0002-40	Fundação Jose Luiz Egydio Setubal	Hospital Infantil Sabará	São Paulo	SP
60.975.737/0012-04	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Santana	São Paulo	SP
60.975.737/0002-32	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Pompeia	São Paulo	SP
60.975.737/0051-10	Sociedade Beneficente São Camilo	Hospital São Camilo Ipiranga	São Paulo	SP
21.299.615/0001-30	Fundação Ouro Branco	Fundação Ouro Branco	Ouro Branco	MG
06.047.087/0041-26	Rede D Or São Luiz S A	Rede Dor São Luiz Unidade Santa Luzia	Brasília	DF
03.376.102/0001-02	Bahia Serviços De Saude S/A	Hospital da Cidade	Salvador	BA
06.047.087/0042-07	Rede Dor São Luiz S A	Rede Dor São Luiz Hospital do Coração do	Brasília	DF
60.726.502/0001-26	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo	SP
60.922.168/0007-71	Associação Congregação De Santa Catarina	Hospital Santa Catarina	São Paulo	SP
15.166.416/0001-51	Real Sociedade Portuguesa De Benef 16 De Setembro	Hospital Português	Salvador	BA
60.992.427/0006-50	Beneficência Nipo Brasileira De São Paulo	Hospital Nipo Brasileiro	São Paulo	SP
60.884.855/0022-89	Impar Serviços Hospitalares S/A	Hospital Brasília	Brasília	DF
56.339.211/0001-08	Hospital E Maternidade Nova Vida Ltda	Hospital e Maternidade Nova Vida Ltda	Itapevi	SP

21.371.777/0001-32	Hospital Bandeirantes Sa	Hospital Leforte Liberdade	São Paulo	SP
61.699.567/0001-92	Spdm - Associação Paulista Para O Desenvolvimento Da Medicina	Hospital Sao Paulo	São Paulo	SP
19.803.199/0001-14	Hospital Leforte As	Hospital Leforte Sa	São Paulo	SP
62.106.505/0001-92	Hospital E Maternidade Santa Maria	Hospital Cruz Azul	São Paulo	SP
59.042.622/0001-25	Hospitalis Nucleo Hospitalar De Barueri Ltda	Hospitalis Nucleo Hospitalar de Barueri	Barueri	SP
24.344.124/0001-52	Hospital Samaritano De São Paulo Ltda	Hospital Samaritano de São Paulo	São Paulo	SP
57.482.903/0001-73	Hospital E Maternidade Dr Cristóvão Da Gama S A	Hospital e Maternidade Dr Cristóvão da	Santo André	SP
15.170.723/0004-59	Liga Álvaro Bahia Contra A Mortalidade Infantil	Sokids	Lauro de Freitas	BA
06.047.087/0008-05	Rede Dor São Luiz S A	Hospital Assunção	São Bernardo do Campo	SP
06.047.087/0007-24	Hospital E Maternidade Sao Luiz S A	Hospital e Maternidade Brasil	Santo André	SP
00.049.791/0001-44	Hospital Santa Helena Sa	Santa Helena	Brasília	DF
60.884.855/0012-07	Impar Serviços hospitalares Ltda.	CHN - Complexo Hospitalar de Niterói	Niterói	RJ

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

CLÁUSULA – VIII - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

8.2 - Este Contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA IX – PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1 - Nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, os períodos de carência são definidos em razão do número de participantes no ato da contratação.

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

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24hs (vinte quatro horas).
Demais situações	180 (cento e oitenta) dias.
Para parto a termo, excluídos os partos prematuros decorrentes de complicações no processo gestacional	300 (trezentos) dias.

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

- a) o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo entre a operadora e pessoa jurídica contratante ou**
- b) o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da vinculação trabalhista do empregado, ora beneficiário titular, com o empregador, ora pessoa jurídica contratante.**

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

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

9.6 - Haverá carência de 180 dias para internação hospitalar em acomodação coletiva quando ocorrer mudança de plano de enfermaria para apartamento, contados a partir da data da celebração do novo contrato.

9.7 O filho recém-nascido, natural ou adotivo, tutelado ou sob a guarda, como dependente, será isento do cumprimento de carência, sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT, desde que a inscrição o corra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, tutela, guarda ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta dias) dias.

9.7.1 Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal NÃO TENHA cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

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

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

CLÁUSULA X – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

10.1.1 - Não será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) por doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
- c) do menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

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

102 - Contratos com 30 ou mais beneficiários em plano privado de assistência à saúde **COLETIVO EMPRESARIAL** com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários, não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, 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.

103 - De acordo com as regras previstas na Clausula Doenças e Lesões Preexistentes, ficará a critério da CONTRATADA, a realização de entrevista qualificada dos beneficiários, a fim de verificar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como perícia médica com a solicitação de realização de exames e de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

10.3.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162 e suas alterações posteriores.

104 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do seu ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

105 - Ao ser declarado pelo beneficiário à existência de doença e lesão preexiste a CONTRATADA oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

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

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

108 - Instaurado o processo administrativo na ANS, a CONTRATADA não poderá, sob qualquer alegação, negar a cobertura assistencial daquele que deu causa, assim como, a suspender ou rescindir

unilateral o contrato, até a publicação, pela ANS, noticiando o encerramento do processo administrativo.

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

1010 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

1011 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

1012 - **Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, assumindo o ônus financeiro dessa entrevista.**

1013 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde serão declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação ou da adesão ao plano de assistência à saúde, além, de esclarecer questões relativas às coberturas e as consequências da omissão e da fraude às informações.

1014 - Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do beneficiário a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

1015 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender as coberturas de procedimentos cirúrgicos, do uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à doença ou lesão Preexistente do beneficiário.

1016 - Os procedimentos de alta complexidade considerados pela ANS encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site www.ans.gov.br

1017 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

1018 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

1020 - Na instauração do processo administrativo na ANS, à CONTRATADA deverá apresentar provas da sua alegação (declaração de saúde), podendo utilizar qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição sabida quanto à existência de doença ou da lesão preexistente.

1021 - A ANS efetuará o julgamento administrativo, dizendo sobre a procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

1022 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

1023 - Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela CONTRATADA, e se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

CLÁUSULA XI - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.

11.2 - A cobertura de urgências e emergências, exclusivamente em **caráter ambulatorial**, limitada até as primeiras 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

11.2.1. A cobertura do atendimento de urgência e emergência que evoluir para internação, cessará, sendo que a responsabilidade financeira, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

11.3 - A cobertura de urgências e emergências, exclusivamente em **caráter hospitalar**, garante:

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

II – os atendimentos de urgência e emergências, após cumpridas as carências que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

III - os atendimentos de urgência e emergência referentes a complicação do processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;

IV – os atendimentos limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes,

V – os atendimentos limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

11.4 – De acordo com o previsto na cláusula 11.3, item IV, quando necessária para a continuidade do atendimento a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo

que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

11.5 – Da remoção:

11.5.1 - A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

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

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

11.5.2 - DA REMOÇÃO PARA O SUS:

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

II - Quando não puder haver remoção 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 desse ônus.

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

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

11.5.3 – Para cobertura de remoção eletiva ou urgência e emergência hospitalar o beneficiário e/ou seu responsável deverá obrigatoriamente entrar em contato com a CONTRATADA através da sua Central de Atendimento 24 horas.

11.5.3.1 - A contratação de serviço de remoção de forma particular sem que tenha havido contato com a CONTRATADA para solicitação do serviço não será devido reembolso.

11.6 – Do reembolso nos casos de urgência e emergência

11.6.1 – Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados, referenciados ou credenciados pela CONTRATADA, esta assegurará o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **DESDE que previstos em contrato, caracterizados como atendimentos de urgência ou emergência e realizados dentro da área de abrangência geográfica do contrato, sendo que neste caso, os valores do reembolso respeitarão os limites da tabela de honorários e procedimentos praticados pela CONTRATADA.**

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

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

11.64 - O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de decaimento do seu direito ao reembolso.

11.65 - O reembolso será efetuado de acordo com a tabela da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano, **descontados eventuais valores de coparticipação.**

11.66 - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência e nos limites das condições deste contrato.

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

11.6.7.1 - Nos termos da regulamentação vigente, este plano de saúde não prevê reembolso ou atendimento em rede de outra operadora para beneficiário em trânsito, fora da abrangência geográfica e atuação do plano, inclusive nos casos de urgência e emergência, nos termos da IN DIDES 54 e suas posteriores alterações.

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

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

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

11.6.11 - A tabela de reembolso da CONTRATADA está à disposição do beneficiário cuja atualização ocorre anualmente.

CLÁUSULA XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

12.1 – Porta de entrada na unidade de Atenção Primária à saúde:

I - O atendimento eletivo se dará inicialmente na PORTA DE ENTRADA que é o mecanismo de regulação previsto na resolução do CONSU n.º 08/1998 que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento, na unidade de **Atenção Primária à Saúde** ou para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela CONTRATADA e, caso seja necessário, o beneficiário poderá ser encaminhado pelo médico de referência para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

II - A cobertura será garantida por médicos cooperados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pela CONTRATADA, conforme relação de prestadores entregue à CONTRATANTE.

III - O beneficiário será atendido na unidade de **Atenção Primária à Saúde** pelo médico de referência, que visa à coordenação do cuidado e ao acompanhamento do paciente, constituindo-se como **porta de entrada do serviço**, conforme definido e delimitado neste contrato.

IV - Em havendo necessidade de direcionamento a outro médico especialista, o beneficiário é orientado pelo médico de referência.

a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de

Medicina (CFM), de acordo com encaminhamento do médico referência e em conformidade com a rede desse plano (Unimed Pleno).

c) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, sessão de psicoterapia realizado tanto por psicólogo quanto por médico devidamente habilitados, quando preenchidos os critérios previstos nas diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. **A solicitação de tais procedimentos deve ser realizada pelo médico de referência.**

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

VI - O atendimento eletivo (agendado) se dará inicialmente na **PORTA DE ENTRADA** que é o mecanismo de regulação previsto na resolução do CONSU nº 08/1998 que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento, na unidade de **Atenção Primária à Saúde** ou para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela CONTRATADA e, caso seja necessário, o beneficiário poderá ser encaminhado pelo médico de referência para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

VII - O beneficiário será atendido inicialmente na unidade de **Atenção Primária à Saúde**, conforme identificado no Guia de Rede deste produto, pelo médico de referência. A unidade oferece ao beneficiário o cuidado com a saúde de acordo com suas necessidades, fornecendo atenção e acompanhamento contínuo.

VIII - Sendo necessário encaminhamento para especialista ou realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo, psicoterapia, haverá encaminhamento pelo médico assistente da unidade de Atenção Primária à Saúde para quaisquer prestadores constantes no Guia de Rede do presente plano disponível no site www.unimeduberlandia.coop.br, devendo o beneficiário levar a guia de requisição desses serviços e, quando for necessário, a autorização da CONTRATADA.

IX – **Para os atendimentos em casos de urgência e emergência**, o beneficiário deverá procurar diretamente a rede credenciada da Unimed divulgada no Guia Médico e no seu Portal Corporativo em www.unimeduberlandia.coop.br.

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

12.2 – Do cartão individual de identificação:

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

12.2.2 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão da segunda via.

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

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

12.2.5 - Considerar-se-á uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste contrato, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários **que perderam sua**

condição de beneficiário por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

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

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

12.3 – Da co-participação:

12.3.1 - Este plano prevê a cobrança de coparticipação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

12.3.3 - Os valores referentes à coparticipação estão de acordo com o normativo editado pela ANS.

12.3.4 - Os valores de coparticipação serão diferenciados em função de cada procedimento realizado pelo beneficiário e será cobrada de acordo com os valores previstos na proposta de admissão que parte integrante deste contrato.

12.3.5 - Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento dos valores de coparticipações, que serão cobradas por meio de boleto da contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

12.3.6 - Haverá cobrança de coparticipação, por evento, definida em valor em todos os procedimentos e coberturas previstos neste contrato, para as consultas médicas, exames básicos e especiais, em todos os procedimentos da segmentação ambulatorial, serviços de apoio/diagnóstico e terapia, internações hospitalares, bem como de todos os procedimentos previstos na cobertura ambulatorial, conforme valores/percentuais previstos na proposta de admissão parte integrante deste contrato.

12.3.7 - A cobrança dos valores e/ou percentual de coparticipação das despesas relativas à utilização do plano pelos beneficiários, tabela de valores/percentuais previstos na proposta de admissão.

12.3.8 - Nos procedimentos de alta complexidade/alto custo em que há previsão da cobrança de coparticipação haverá um limitador por procedimento não cumulativo para fins de cobrança da coparticipação, no valor estipulado na proposta de admissão parte integrante deste contrato.**

12.3.8.1 - Os procedimentos classificados como alta complexidade constam no Rol de Procedimentos vigente suas posteriores alterações.

12.3.9 - As coparticipações estipuladas acima e na proposta de admissão serão cobradas por procedimento realizado pelo beneficiário.

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

12.3.11 - O prazo para retorno de consulta é um critério do médico assistente do beneficiário, conforme estabelecido na resolução normativa 259/2011 e suas posteriores alterações.

12.3.12 - Os valores das coparticipações definidas em percentuais serão alterados anualmente de acordo com a tabela de preços praticadas com a rede de prestadores.

12.3.13 - Os valores das coparticipações definidas em valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

12.3.14 - A coparticipação será paga independentemente se a cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento, inclusive após o cancelamento do plano de saúde.

12.3.15 - A coparticipação não caracteriza o financiamento integral esta obedece aos tetos estabelecidos na regulamentação vigente.

12.3.16 - A CONTRATADA se obriga ao custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade,

psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Ultrapassados os 30 (trinta) dias de internação, nos 12 meses de vigência do contrato, será cobrado coparticipação do beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do custeio dos procedimentos realizados/cada diária excedida.

12.4 – Dos procedimentos para a utilização das coberturas contratadas:

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

12.4.1.1 – Nos termos da regulamentação vigente, este plano de saúde não prevê reembolso ou atendimento em rede de outra operadora para beneficiário em trânsito, fora da abrangência geográfica e atuação do plano, inclusive nos casos de urgência e emergência, nos termos da IN DIDES 54 e suas posteriores alterações.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.5 – Da autorização prévia de procedimentos:

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

12.5.2 - O beneficiário **deverá requerer à CONTRATADA a emissão da autorização prévia para realização dos procedimentos.**

12.5.3 - Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada pelo beneficiário, a CONTRATADA demandada **terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário, observada os prazos máximos de atendimento previstos na RN 259/2011 publicada pela ANS e suas posteriores alterações.**

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

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

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

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

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

12.6 - Junta médica

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

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

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

12.6.4 - Na formação da junta médica ou odontológica, o profissional assistente e o profissional da CONTRATADA poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador. O comum acordo na escolha do desempatador, previsto, não desobriga a CONTRATADA do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica. O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

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

12.6.6 - No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde para a segmentação ambulatorial, serão observadas as seguintes disposições:

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

II - o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

12.6.7 - A CONTRATADA instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a CONTRATADA discordar das marcas indicadas.

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

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

I – o cirurgião-dentista na junta médica; ou

II – o médico na junta odontológica.

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

12.6.11 - A CONTRATADA arcará com os honorários do desempatador, inclusive despesas de passagem e estadia, quando necessário. As despesas previstas serão devidas ao profissional assistente, quando solicitado a participar de junta presencial.

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

I – a identificação do profissional da CONTRATADA responsável pela avaliação do caso;

II – os motivos da divergência técnico-assistencial;

III – a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações de acordo com o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, ou currículo profissional;

IV – a previsão de prazo para a manifestação do profissional assistente;

V – a notificação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição, pela CONTRATADA, dentre os indicados;

VI – a informação de que o beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento; e

VII – a informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, em caso de junta presencial, desobrigará a CONTRATADA a cobrir o procedimento solicitado.

12.6.13 - O profissional assistente terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação, para manter a indicação clínica ou acolher os motivos da divergência técnico-assistencial da CONTRATADA. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela CONTRATADA para formação da junta. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.

12.6.14 - Os profissionais sugeridos pela CONTRATADA serão, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho. Sendo facultada à CONTRATADA firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação dos quatro profissionais previstos anteriormente.

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

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

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

12.7 – Da rede de prestadores:

12.7.1 **A rede assistencial credenciada para este plano é aquela descrita no Guia de Rede, que faz parte integrante deste instrumento.**

12.7.1.1 - A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme artigo 17 da Lei nº9.656/98.

12.7.2 - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

12.7.4 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

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

12.7.6 - As substituições de prestadores da rede credenciada da CONTRATADA, são publicadas e disponibilizadas no seu Portal Corporativo na internet em www.unimeduberlandia.coop.br e por meio da sua Central de Atendimento.

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

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

CLAÚSULA XIII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

13.1 - O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido'.

13.2 - Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica Contratante, junto a CONTRATADA, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98) e aos entes da administração pública (funcionários públicos – quando o contrato for por vínculo estatutário).

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

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

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

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

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

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

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

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

13.11 - No momento da contratação do plano e a cada adesão, será apresentado aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, como empregado ativo e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

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

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

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

13.15 - As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado, qual seja dia 10 (dez), podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

13.16 - Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias antes do respectivo vencimento deverá solicitá-lo por meio do site www.unimeduberlandia.coop.br, para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.

CLAÚSULA XIV - REAJUSTE

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

14.2 - Todos os valores previstos no presente contrato, incluindo a proposta de admissão serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, **pela variação**

positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses do índice IGP-M, disponível no site do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.2.1 - A aplicação do reajuste ocorrerá na data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato.

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

14.4 - Além do índice estipulado no item 14.2, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento) no período avaliado de 12 meses, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$IS (\%) = \left[\frac{\text{Total Custo Assistencial Sinistro – Coparticipação do período (R\$)}}{\text{Total de Faturamento Operacional do Período – Reembolso do Período (R\$)} \atop (Exceto ganhos com aplicações financeiras)} \right] \times 100$$

- **IS:** Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses), meta de sinistralidade expressa em contrato.
- **Custo assistencial/sinistro:** é o total de gasto de consulta + honorários médicos + SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) + internações hospitalares + procedimentos ambulatoriais + taxas e diárias + medicamentos e materiais e os adicionais do período, deduzidas as contraprestações de coparticipação do período.
- **Faturamento operacional:** é toda contribuição de “contraprestação emitida para assistência médica hospitalar, ou seja, mensalidade, deduzidos os reembolsos do período.

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

14.5 - Este contrato receberá o reajuste retroativo a data do seu aniversário nos casos em que a negociação para a aplicação de reajuste ultrapassar a data de aniversário, à exceção quanto as contratantes participantes do agrupamento de contratos que serão reajustados nos termos da cláusula 14.6.

14.6 - Reajuste Agrupamento de Contratos coletivos com menos de 30 participantes:

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

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

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

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

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

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

$$IS (\%) = \left[\frac{\text{Total Custo Assistencial Sinistro – Coparticipação do período (R\$)}}{\text{Total de Faturamento Operacional do Período – Reembolso do Período (R\$)}} \right] \times 100$$

(Exceto ganhos com aplicações financeiras)

- **IS:** Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses), meta de sinistralidade expressa em contrato.
- **Custo assistencial/sinistro:** é o total de gasto de consulta + honorários médicos + SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) + internações hospitalares + procedimentos ambulatoriais + taxas e diárias + medicamentos e materiais e os adicionais do período, deduzidas as contraprestações de coparticipação do período.
- **Faturamento operacional:** é toda contribuição de “contraprestação emitida para assistência médica hospitalar, ou seja, mensalidade, deduzidos os reembolsos do período.

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

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

14.14 - Fica ainda estabelecido que:

- O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
- As variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração não são consideradas reajuste financeiro anual;

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

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

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

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

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

14.17 – Demitido e Aposentado:

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

CLÁUSULA XV - FAIXAS ETÁRIAS

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

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

15.3 - As faixas etárias para os fins deste contrato são:

Faixa etária
0 (zero) a 18(dezoito) anos
19 (dezenove) a 23(vinte e três) anos
24 (vinte e quatro) a 28(vinte e oito) anos
29 (vinte e nove) a 33(trinta e três) anos
34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos
39 (trinta e nove) a 43(quarenta e três) anos
44 (quarenta e quatro) a 48(quarenta e oito) anos
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos
59 (cinquenta e nove) anos ou mais

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

Faixa etária	Variação % entre as faixas
De 0 (zero) a 18(dezoito) anos	00,00%
De 19 (dezenove) a 23(vinte e três) anos	20,95%
De 24 (vinte e quatro) a 28(vinte e oito) anos	15,61%
De 29 (vinte e nove) a 33(trinta e três) anos	15,61%
De 34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos	15,61%
De 39 (trinta e nove) a 43(quarenta e três) anos	15,61%
De 44 (quarenta e quatro) a 48(quarenta e oito) anos	15,61%
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	33,65%
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	33,65%
De 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	33,65%

155 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

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

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

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

15.9 - Em cumprimento ao disposto na RN 279 e suas posteriores alterações no ato da contratação do plano a CONTRATADA, apresentará a CONTRATANTE para disponibilização aos beneficiários a tabela de preço por faixa etária.

CLÁUSULA XVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

16.1 - Da exclusão de beneficiários

16.1.1 - O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica CONTRATANTE, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

16.1.2 - A pessoa jurídica CONTRATANTE deverá cientificar a operadora CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

16.1.3 - Expirado o prazo disposto no item anterior, sem que a pessoa jurídica CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

16.1.4 - A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

16.1.5 - As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por meio impresso ou meio eletrônico, acompanhadas da devolução das

respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão, que **coincidirá com a data da formalização, do pedido pela CONTRATANTE.**

16.1.6 - As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comprovação da comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei 9656/98, esclarecendo à CONTRATADA:

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

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

16.1.8 - A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano juntamente com o termo de opção pela manutenção ao plano de ex-empregados, demitidos e aposentados, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários, conforme calendário disponibilizado pela CONTRATADA.

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

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

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

16.2 - Da condição de permanência no plano – do demitido e do aposentado

1621 - Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados:

I - A CONTRATADA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades**, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, observada a RN 279/2011, e suas posteriores alterações.

II - O período de manutenção da condição de beneficiário para **ex-empregado DEMITIDO OU EXONERADO sem justa causa** será de **1/3 (um terço) do tempo de contribuição** ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de **6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses**.

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

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

1622 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

1623 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de **30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava

quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, e suas posteriores alterações);

1624 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;

1625 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações). Em sendo mantido os beneficiários dependentes no plano o dependente ou seu representante legal deverá assinar Termo de Assunção de Obrigações.

1626 - O beneficiário titular que contribuiu para o plano terá até **30 (trinta) dias, contados da assinatura do aviso prévio** para obter o benefício junto a CONTRATADA, cabendo à CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO demitido.

1627 - O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

1628 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, coparticipação na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

1629 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

16210 - Os direitos previstos nos art.30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 extingue-se na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

I – pelo decurso dos prazos de permanência previstos neste contrato e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-

empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, devendo ser comunicado o fato a CONTRATADA;

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

IV – Pela renúncia do ex-empregado ao direito previsto no art.30 e 31 da Lei 9656/98

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

162.11 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da RN nº 279/2011 e art.7C da RN nº 186/2009, e suas posteriores alterações.

162.12 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e na RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

16.3 - Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde

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

a) A CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

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

1633 - Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

1634 - Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário, bem como aos demais valores de mensalidade ou coparticipação relacionados aos dependentes e agregados (inciso I do art.2º da RN 279 e suas posteriores alterações)

1635 - O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das mensalidades de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

1636 - É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do empregado de contratar plano individual familiar no prazo estabelecido.

1637 - Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário do plano, a CONTRATANTE poderá manter o ex-empregado neste mesmo plano/contrato em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou contratar um plano exclusivo, separado do plano dos empregados ativos mediante a assinatura de contrato específico nos termos da RN 279/2012 e suas posteriores alterações.

1638 - Se o CONTRATANTE houver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-empregado, é obrigatório somar os prazos de contribuição relativos aos planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-empregado pelo período correspondente calculado na forma do contrato celebrado.

1639 - A regra prevista no item anterior se aplica a sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão do CONTRATANTE, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

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

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

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

163.13 - Nos termos da nova legislação trabalhista não se aplica o direito à manutenção no plano de saúde aos beneficiários que realizam acordo mútuo com empregador para extinção do contrato de trabalho.

16.4 - Do oferecimento do plano individual/familiar:

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

CLAÚSULA XVII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

17.1.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

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

17.1.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- d) pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98 e RNs 279/2011, 186/2009, e suas posteriores alterações.
- e) por falecimento do titular ou do próprio dependente, observada as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN's 279/2011, 186/2009 e suas posteriores alterações.

17.2 - Em havendo o falecimento de beneficiários vinculados a este plano de saúde é obrigatório a comunicação do fato imediatamente à CONTRATADA.

17.3 - A perda da condição de beneficiário, assegura à CONTRATADA o direito de excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

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

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

CLÁUSULA XVIII – RESCISÃO E SUSPENSÃO

18.1 - Este contrato somente poderá ser rescindido **imotivadamente após a vigência** de 12 (doze) meses, por ambas as partes, mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

18.1.1 – Nos termos previstos na cláusula 18.1, nos casos de contrato celebrado com o Empresário Individual, a CONTRATADA apresentará as razões da rescisão no ato da comunicação.

18.1.2 - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

18.1.3 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias mencionado, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE, inclusive as despesas com internações de beneficiários em curso ocorridas antes da rescisão contratual, estas serão mantidas, sendo o custo total suportado pela CONTRATANTE.

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

18.2.1 - A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários sob pena de rescisão contratual.

18.3 – Nos casos de rescisão imotivada **antes** do prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência do contrato é facultado a CONTRATANTE denunciar o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada na CONTRATADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

18.4 - Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente contrato imotivadamente, **antes do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento)** do valor das mensalidades devidas, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

18.5 - O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica a suspensão da cobertura assistencial, mediante notificação prévia até que a CONTRATANTE efetue o pagamento devido à CONTRATADA.

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

18.6 - A não concordância por parte do CONTRATANTE com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

18.7 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais previstas neste instrumento, nas seguintes situações:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Declaração de informações falsas ou incompletas, ou omissão destas, influenciando na celebração do contrato;
- c) Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a **30 (trinta)** dias, com notificação a CONTRATANTE, sem prejuízo do direito da CONTRATADA suspender a assistência e de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias, bem como, inscrição no cadastro de inadimplentes;
- d) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste contrato;
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.
- f) Tentativa de impedir ou dificultar a realização de quaisquer exames ou diligências necessários a resguardar os direitos da CONTRATADA, desde que devidamente comprovada;
- g) Falta dos comprovantes legais capazes de atestar, legitimidade, elegibilidade dos beneficiários, bem como a condição de regularidade cadastral da CONTRATANTE junto à Receita Federal e nos órgãos competentes;
- h) Se não for conservado o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme previsto na cláusula 1.4, ressalvado o disposto na cláusula 18.9.1;
- i) As partes não chegarem ao acordo para aplicação de reajuste anual, observadas as condições previstas na cláusula XVI deste contrato.

18.7.1 – A inscrição do débito no cadastro de inadimplentes poderá ocorrer a qualquer tempo, em casos de inadimplência.

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

18.8.1 – Nos termos previstos neste instrumento, a CONTRATADA continuará faturando as contraprestações pecuniárias daqueles beneficiários internados e, na alta da internação, se mantida a inadimplência o contrato será rescindido, observado os demais tramites observados neste contrato.

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

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

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

18.11 - É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação.

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

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

17.13 – A CONTRATADA poderá rescindir este contrato caso não haja concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual do contrato.

1814 – A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, sem prejuízo de requerer judicial ou extrajudicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

1815 - A CONTRATANTE reconhece que é devido, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento nos casos de suspensão ou rescisão por inadimplência.

1816 – Em quaisquer casos de rescisão deste contrato, **obriga-se a CONTRATANTE a comunicar antecipadamente os beneficiários** para que estes possam exercer o direito de contratar novo plano de saúde.

1817 - As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela CONTRATADA a qualquer tempo para consulta pelos beneficiários.

CLÁUSULA XIX – PORTABILIDADE CARÊNCIAS

19.1 A portabilidade de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos nesta Resolução, nos termos da RN 438 da ANS.

CLÁUSULA XX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 - Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a diluição do risco inerente ao grupo de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, buscando equilibrar os reajustes

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: municípios ou estados de cobertura e operação do plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência.

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

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.

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

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

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como o dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de

trinta dias do nascimento ou da adoção (nos termos do disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9656/98).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSULTA: Modalidade de assistência realizada por membros de uma equipe de saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentista, nutricionista), com o objetivo de avaliar um paciente acerca de uma queixa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EMPRESÁRIO INDIVIDUAL: significa a pessoa física que exerce em nome próprio atividade empresarial, nos termos do artigo 966 do Código Civil e que se equipara para fins tributários a pessoa jurídica. São os seguintes os requisitos necessários para a configuração do empresário individual: (i) profissionalismo; (ii) exercício de atividade econômica; (iii) organização; e (iv) escopo de produção ou circulação de bens e serviços;

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

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

HOSPITAL-DIA: Modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

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

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

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

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

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

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

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

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

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

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

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU Nº 08/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento (excetuada urgência e emergência) na unidade conforme identificado no Guia de Rede deste produto ou, na sua substituição, para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela Unimed Uberlândia, sendo o beneficiário, caso seja necessário, encaminhado pelo médico da unidade para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: É o documento preenchido pelo CONTRATANTE parte integrante deste contrato onde constam as informações sobre o plano de saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS: Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

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

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

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

20.6 - Integram este contrato, para todos os fins de direito os documentos entregues a CONTRATANTE, incluído: o **Guia de Rede, a Proposta de Admissão, declaração de saúde, tabela de reembolso, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, tabela de preços por faixa etária e anexos eventualmente firmados pelas partes.**

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

20.8 - A CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, observada a Lei 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais, bem como normas relativas ao sigilo médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20.21 – As partes se comprometem à confidencialidade das informações fornecidas para a prestação do serviço e de todos os termos que envolvem o presente instrumento contratual e só fazer uso exclusivamente na execução dos serviços ora contratados, exceto quando autorizado por escrito pelos responsáveis ou em decorrência de exigência legal proveniente de ordem judicial.

20.21.1 - O sigilo e a confidencialidade das informações relativas ao presente contrato deverá ser mantida entre as partes mesmo após a rescisão ou término do presente contrato.

20.22 - As partes se obrigam a observar rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira antifraude, se comprometendo ainda a não:

- a) Prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público ou a quem quer que seja, ou a terceira pessoa a ele relacionada;
- b) Criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para celebrar o presente Contrato;
- c) Obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações do presente Contrato, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais;
- d) Manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro do presente Contrato; ou
- e) De qualquer maneira fraudar o presente Contrato; assim como realizar quaisquer ações ou omissões que constituam prática ilegal ou de corrupção, nos termos da Lei nº 12.846/2013 (conforme alterada), do Decreto nº 8.420/2015 (conforme alterado), do U.S. Foreign Corrupt Practices Act de 1977 (conforme alterado) ou de quaisquer outras leis ou regulamentos aplicáveis (“Leis antifraude”), ainda que não relacionadas com o presente Contrato.