SAC: 0800 644 1800 Versão 19.1
www.unimed.coop.br/chapeco

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N°._____
UNIFLEX ESTADUAL COPARTICIPAÇÃO 50%
PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

OPERADORA Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense			REGISTRO ANS 35.429-5
CLASSIFICAÇÃO Cooperativa Médica		CNPJ 85.283.299/0001-91	
ENDEREÇO Rua Porto Alegre			NÚMERO 132-D
BAIRRO Centro	CEP 89802-130	BAIRRO Centro	UF SC

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA				
CNPJ		**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		
ENDEREÇO				**NÚMERO**
COMPLEMENTO	**BAIRRO**	**CEP**	**CIDADE**	**UF**

c) DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO **UNIFLEX ESTADUAL**	**N° REGISTRO ANS** **434.915/01-6**

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o ***Regime de Contratação Coletivo Empresarial***, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, compreende todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

ANS – nº 354295

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato se limita a um único estado: Santa Catarina.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto coletivo.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O plano coletivo empresarial se destina ao **empresário individual** e as **pessoas jurídicas** que mantenham vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

ANS – nº 354295

Parágrafo Primeiro. Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e permanência:

a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

I. **Pessoa jurídica:** contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

II. **Empresário Individual:** documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses:
   1. Certificado de Microempreendedor Individual, Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes.
   2. Regularidade junto à Receita Federal (cartão CNPJ) no momento da contratação.

b) **Apresentar:**
- a relação dos funcionários inscritos no FGTS ou documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE;

c) **Preencher e assinar:**
- Contrato e Proposta de Contratação;

d) **Incluir e manter** o percentual mínimo de 30% do grupo de colaboradores da CONTRATANTE, desde que aquele percentual corresponda a pelo menos 2 beneficiários. Não mantido o critério, sujeita-se o contrato à aplicação do estabelecido na cláusula Suspensão e Rescisão Contratual. A celebração do contrato com número inferior de beneficiários será possível somente quando se tratar de empresário individual sem empregados.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE manter atualizado os seus dados cadastrais, bem como dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras), mediante o envio de documentação comprobatória. O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer, a qualquer momento, informações para atualizar ou complementar os dados junto à CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

Parágrafo Quarto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

Parágrafo Quinto. Em atendimento as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a CONTRATADA solicitará a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE:

I. **Pessoa Jurídica:** A qualquer momento documentos que atestem a sua condição de regularidade nos órgãos competentes, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.

II. **Empresário Individual:** Anualmente no mês de aniversário do contrato, a manutenção de sua inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

- **Entende-se como relação empregatícia ou estatutária** os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

a) sócios da pessoa jurídica contratante;
b) administradores da pessoa jurídica contratante;
c) trabalhadores temporários;
d) estagiários e menores aprendizes;
e) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
f) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
   - os aposentados a ela vinculados
   - os agentes políticos;

Parágrafo Primeiro. Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

a) o cônjuge;
b) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
c) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
d) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
e) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
f) incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários dependentes solteiros inscritos neste plano, listados nos itens "c, d, e" do parágrafo acima, que completarem 24 anos poderão ser mantidos enquanto permanecerem solteiros até o limite de 35 anos, mediante manifestação do(a) CONTRATANTE de desejo de continuidade do plano, ciente dos reajustes anuais das mensalidades e por faixa etária conforme Cláusulas nº 12 e 13.

Parágrafo Terceiro. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo Quarto. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;

ANS – nº 354295

2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
5. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
6. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
7. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
8. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo Quinto. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. **Filho adotivo e sob guarda ou tutelado**: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
3. **Reconhecimento da paternidade:** com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
4. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula
5. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
6. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

Parágrafo Sexto. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE a CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1) Preencher e assinar:

- Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
- O Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

2) Apresentar:

TITULAR:

- **Cópia** do CPF, CNS e RG;

- **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:
  - Conta de água, luz ou telefone;
  - Contrato de Locação; e
  - Declaração de endereço.
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
  a) Funcionários:
  - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
  - Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
  - Contra cheque, folha de pagamento.

  b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:
  - Contrato de Trabalho; ou
  - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).

  c) Sócios:
  - Contrato Social

  d) Administradores:
  - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

  e) Agente Político
  - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES

- **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e reconhecidas as assinaturas em cartório);
- **Filhos(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitadas as:

a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;

b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e

c) **Protocolo de Utilização – PROUT**: Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

Parágrafo Primeiro. A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas. E incluirá:

1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;

3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

5) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

6) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**

7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**;

8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:

   a) **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

   b) **concepção:** fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

   c) **anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

   d) **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

   e) **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

   f) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

9) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

   a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

   b) 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 que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

f) hemoterapia ambulatorial;

g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

10) participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

11) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

a) 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;

✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

b) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

c) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

12) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

15) 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 os 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 vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;

16) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

17) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;

a) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista 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 listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, 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; e

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.

18) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (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 das operadoras de planos de assistência à saúde.

19) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

20) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

21) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
c) pessoas com deficiências.

22) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e 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;

23) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:

a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

24) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

25) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada

em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**

a. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

b. 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 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;

c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;

e. hemoterapia;

f. nutrição parenteral ou enteral;

g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

h. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

i. radiologia intervencionista;

j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

l. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

26) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar;

27) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

28) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;

b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

✓ entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

29) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:
   a. despesas assistenciais com doadores vivos;
   b. medicamentos utilizados durante a internação;
   c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
   d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

30) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

31) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

- ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- ✓ empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

b) procedimentos clínicos e 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;

c) 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;

d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.

e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

- ✓ importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
- ✓ Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.

g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);

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

j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;
o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
q) remoções não previstas na cláusula de "Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso" prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
u) procedimentos que não tenham sido solicitados por médico assistente devidamente habilitado ou pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. Na adesão do beneficiário ao plano por meio de portabilidade de carências, o início de vigência se dará a partir da comunicação de aceite pela CONTRATADA. O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado ao beneficiário no prazo de até 10 dias corridos, contados a partir do pedido de portabilidade.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subseqüente, respeitadas as carências contratuais, exceto nos casos de portabilidade de carências.

Parágrafo Quarto. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quinto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

Parágrafo Sexto. A manutenção do contrato celebrado por **empresário individual,** dependerá da comprovação da regularidade cadastral nos órgãos competentes, Receita Federal e outros, a qual será aferida a cada aniversário de contrato.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

	CARÊNCIAS
• **Urgência e Emergência**	**24 horas**
• **Consultas médicas**	**30 dias**
• **Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia**	**30 dias**
• **Consultas/sessões de Fisioterapias**	**90 dias**
• **Parto a Termo**	**300 dias**
• **Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia**	**180 dias**
• **Todos as demais coberturas**	**180 dias**

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Segundo. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Quarto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.

Parágrafo Sexto. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Sétimo. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano ou inscrição de dependente(s).

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, os beneficiários titulares e dependentes devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da contratação do plano de saúde e na inscrição de dependentes. Assegurado o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária.

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do "Anexo de Exclusões por Preexistência", contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei n° 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os

procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Décimo. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Décimo Primeiro. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo Segundo. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Terceiro. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quarto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Quinto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o(a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

O atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observará as condições abaixo e atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo Primeiro. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Segundo. Quando envolver **acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes**, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no inciso abaixo.

II – Remoção:

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Primeiro. Após atendimentos classificados como urgência ou emergência a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

1. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento,** sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e

2. quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período **de cobertura parcial temporária,** caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Segundo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Terceiro. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Quarto. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

1) **Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde**:

   a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;

   b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;

   c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

   d) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

2) **Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:**

   a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**

   b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras

estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo Quinto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para atendimento, os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

Parágrafo Primeiro. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de **atendimento de urgência e emergência:**

a) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

b) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo Segundo. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, **para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo**:

a) **Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

b) **Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Parágrafo Terceiro. O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo Quarto. A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

Parágrafo Quinto. A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas *(cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento).* Necessário apresentar também:

a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
b) **Em caso de atendimento eletivo**: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
c) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT)**: laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

Parágrafo Sexto. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor devido**, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização 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. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia**,** realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo Primeiro. A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br/chapeco, observado o limite máximo de R$ 190,00 (cento e noventa reais) por serviço/procedimento realizado.

Parágrafo Segundo. Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Terceiro. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e/ou medicamentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Parágrafo Quarto. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE a imediata devolução dos cartões individuais de identificação do plano de saúde, pois os atendimentos realizados a partir da data de exclusão são considerados indevidos e as despesas decorrentes, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do(a) CONTRATANTE.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um desempatador, escolhido dentre os profissionais indicados pela CONTRATADA na notificação, sendo os honorários do desempatador custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos assistenciais oficiais e medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. 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 sugeridos.

b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. **Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.**

c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.

e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.

f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos

exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo Terceiro. O atendimento e autorização observará:

I. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório, dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

II. **Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

III. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

IV. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;

V. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;

VI. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

VII. **Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:** o fornecimento será indicado pela CONTRATADA,

mediante 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.**

VIII. Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante 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.**

Parágrafo Quarto. As regras acima não se aplicam no atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarada pelo médico assistente, estando assegurado liberação imediata dos procedimentos.

Parágrafo Quinto. Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;

b) No procedimento "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos", que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

Parágrafo Sexto. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Sétimo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Oitavo. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer

prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

Parágrafo Nono. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Décimo. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimed.coop.br/chapeco, sob a indicação de Rede ES01. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".**

Parágrafo Décimo Primeiro. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: www.unimed.coop.br/chapeco e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

Parágrafo Décimo Segundo. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

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

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

III. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, 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.

IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.

V. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 que deverão adotar o valor integral estabelecido na tabela de preços/custos com 10 (dez) faixas etárias quando o contrato de ativos adotar o critério de aglutinação de faixas etárias com preço único ou inferior a 10 (dez) faixa etárias ou houver participação do empregador no custeio do plano.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na *Proposta de Contratação*; e
b) as coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias previstas sobre a Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br/chapeco vigente na data do atendimento. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Sexto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sétimo. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Oitavo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Nono. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE

e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas e das coparticipações relativos aos atendimentos realizados.

Parágrafo Décimo. A CONTRATADA cobrará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão ou valor integral dos atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do conhecimento da CONTRATADA, ou seja, quando forem cobrados pelo prestador de serviço, **dentro do prazo de até 3 (três) anos**.

Parágrafo Décimo Primeiro. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

a) O critério adotado para definição de preço único ou para aglutinação inferior a 10 faixas etárias tem como base o cálculo da receita média per capita do intervalo de faixas a serem unificadas. Sobre a receita per capita calculada há também um acréscimo de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) para cada faixa etária aglutinada, a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudança de faixas etárias que ocorreriam anualmente.

b) O cálculo da receita média per capita das faixas que serão aglutinadas é realizado através da média simples, obtida da seguinte forma: soma-se o valor da mensalidade de cada um dos beneficiários a serem inscritos nas faixas etárias que serão unificadas, obtendo a receita total desse grupo, que é dividida pelo número total de beneficiários dessas faixas.

c) A participação do empregador no custeio do plano de saúde se dará conforme descrito na Proposta de Contratação, campo rateio de custos.

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

I. Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

a) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) da Contratante atinja patamar superior a 70% (setenta por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

- O IGPM , Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

- O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{70\%} - 1\right) * 100$$

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período.

A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}}\right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do período.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do período.

- Portanto, quando a sinistralidade do contrato superar o patamar de 70% (setenta por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).

b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
   - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
   - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

II. Contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários:

a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
   - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
   - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

b) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 70% (setenta por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

- O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico e a Sinistralidade do agrupamento serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de vigência do reajuste do agrupamento.

- O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{70\%} - 1\right) * 100$$

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários do agrupamento, pelas receitas com contraprestações do agrupamento.

A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$\text{Sinistralidade} \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}}\right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências do agrupamento com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do agrupamento.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do agrupamento.

- Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 70% (setenta por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).

c) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

III. Contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados (demitidos ou aposentados):

a) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a

sinistralidade, nos termos do inciso I, de todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada, somada à variação do índice previsto. Não se aplica o disposto no inciso II.

b) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA em seu Portal Corporativo na Internet em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Parágrafo Primeiro. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

Parágrafo Segundo. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. **As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante no endereço eletrônico:** www.unimed.coop.br/chapeco**, com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação do plano.**

Parágrafo Quarto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

Parágrafo Quinto. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente no mês de janeiro. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	25,00%
24 A 28	26,40%
29 A 33	18,35%
34 A 38	17,65%
39 A 43	13,50%
44 A 48	13,22%
49 A 53	13,58%
54 A 58	27,59%
59 ou +	42,51%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

a. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
b. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o ***Regime de Contratação Coletivo*** **Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

No caso de **rescisão** ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentado do titular, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.
   - Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;
b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;
d) encaminhe o formulário com a opção de manutenção do plano devidamente preenchido e assinado;
e) a partir da opção de manutenção do plano, na condição de ex-empregado, assuma o pagamento integral da mensalidade por faixa etária, coparticipação e incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Primeiro. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. É permitido ao empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos

empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

Parágrafo Terceiro. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

a) Para os demitidos ou exonerados sem justa causa:
- um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

b) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:
- se tiver contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: de forma vitalícia.
- se tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Quarto. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo Quinto. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. No período de manutenção da condição de beneficiário, somente poderão ser incluídos novo cônjuge e filhos do ex-empregado.

Parágrafo Sétimo. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Oitavo. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos neste plano.

Parágrafo Nono. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

a) pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;

b) em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
c) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo Décimo. 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, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção**. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua **opção** pelo plano individual ou familiar, no **prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato**.

Parágrafo Segundo. É de **responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato** e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários terão direito ao exercício da portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA, sem prejuízo ao direito acima exposto.

CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular e dependentes, quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e também, nas situações abaixo:

I. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR
a) mediante solicitação do titular ao(a) CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. **Neste caso**, a exclusão terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.
b) o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo(a) CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, terá efeito imediato sem a anuência do(a) CONTRATANTE.

II. POR INTERESSE DO(A) CONTRATANTE, com efeito a partir da data limite estabelecida com a CONTRATADA, para as situações abaixo:
a) mediante comunicação escrita do(a) CONTRATANTE remetida à CONTRATADA;

ANS – nº 354295

b) perder o vínculo com o(a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;

III. POR INTERESSE DA CONTRATADA, com efeito a partir da data informada por esta, nas situações abaixo:

a) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente; permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa; entre outras;
b) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o(a) CONTRATANTE;
c) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o qüinquagésimo dia de inadimplência, implicará na exclusão do beneficiário e dependente em atraso;**
d) os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Primeiro. A exclusão do beneficiário titular implica, consequentemente, na exclusão dos respectivos dependentes.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com o(a) CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários dependentes inscritos no plano, conforme cláusula de Condições de Admissão, excluídos em razão da perda da condição de dependência ou óbito do titular, poderão exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

Parágrafo Quarto. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento dos valores devidos, relativos a mensalidades e coparticipação, superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA, mediante comunicação prévia.

Parágrafo Primeiro. Na comunicação mencionada no *caput* será estipulado o prazo para quitação das parcelas vencidas, bem como a data da suspensão ou rescisão do contrato em caso de não pagamento.

Parágrafo Segundo. O presente contrato rescindir-se-á, também:

I. Quando celebrado com Pessoa Jurídica:

1. **Imotivadamente por iniciativa:**
   a. Da CONTRATADA, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias.
   b. Do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

2. **Motivadamente** – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:
   a. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
   b. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
   c. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
   d. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo sexto.

II. Quando celebrado com Empresário Individual:

1 Constatada a ilegitimidade do(a) CONTRATANTE, o referido contrato será rescindido mediante notificação prévia, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

1.1 A notificação de rescisão mencionada no item anterior, será efetivada pela CONTRATADA se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade da condição de Empresário Individual nos órgãos competentes, conforme determinado nas Cláusulas: Condições de Admissão e Duração do Contrato.

2 Motivadamente por iniciativa da CONTRATADA no mês de aniversário do contrato, mediante a comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias:
   a. Qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
   b. Se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e
   c. Nas hipóteses de fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE.

2.1 A comunicação mencionará os motivos da rescisão contratual.

3 Imotivadamente por parte do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

Parágrafo Terceiro. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE (Pessoa Jurídica e Empresário Individual) ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato em tempo hábil para que os beneficiários possam exercer a opção de contratação de plano individual ou familiar nos termos do item II da cláusula "Regras para Planos Coletivos".

Parágrafo Quinto. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Sexto. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

Parágrafo Sétimo. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas de atendimentos ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária e Tabela de Referência de Coparticipação.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: www.unimed.coop.br/chapeco devendo a CONTRATANTE realizar a comunicação aos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA disponibilizará a Tabela de Referência de Coparticipação atualizada no endereço eletrônico: www.unimed.coop.br/chapeco, sendo responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários acerca da mesma.

II – PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

É a possibilidade de o beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou outra operadora, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, **exceto** quando:

a) houver prazos remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e/ou
b) quando a cobertura do plano destino for superior ao plano origem: carência integral para cobertura superior e análise de doença e lesão preexiste.

Parágrafo Primeiro. Na portabilidade de carências, quando o beneficiário se encontrar ativo na operadora origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano origem, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo Segundo. Caberá ao beneficiário apresentar no prazo estabelecido pela CONTRATADA no formulário de adesão o comprovante do pedido de cancelamento do seu contrato ou vínculo do plano de saúde com a operadora origem.

Parágrafo Terceiro. A não comprovação do cancelamento no prazo estabelecido, descaracteriza o exercício da portabilidade de carências, evidenciando uma nova inscrição no plano de saúde, ocasião na qual passará a ser devido o cumprimento integral dos períodos de carências, previstos na cláusula PERÍODOS DE CARÊNCIA, e a análise de doenças e lesões preexistentes com aplicação de Cobertura Parcial Temporária, previsto na cláusula DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, quando cabível.

Parágrafo Quarto. A portabilidade de carências não poderá ser exercida nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em período de internação, exceto quando se tratar de portabilidade por perda de vínculo ou determinada pela ANS, nos termos da legislação em vigor.

III – INDICAÇÃO DE REDE EM FUNÇÃO DA LIMITAÇÃO DE RECURSOS REGIONAIS

Em razão das limitações de recursos estaduais, o procedimento abaixo relacionado será **realizado exclusiva e necessariamente nos prestadores de serviços abaixo.** A indicação dos prestadores não amplia a área de abrangência geográfica definida no contrato**:**

Transplante de Medula Óssea: Alogênico e Autólogo

- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
  Av. Professor Annes Dias, 295, Centro Porto Alegre/RS
  (51) 3214-8080 / (51) 3214-8000

- Hospital Erasto Gaertner
  Rua Dr. Ovande do Amaral 201, Jardim das Américas Curitiba/PR
  (41) 3361-5000

IV - SIGILO MÉDICO

Compromete-se o(a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

V – CANAIS DE ATENDIMENTO

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico (SAC e Ouvidoria) estão informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s). E o endereço para atendimento presencial estão informados na nossa página: www.unimed.coop.br/chapeco.

- **SAC:** Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
- **Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: www.unimed.coop.br/chapeco.
- **Correspondências:** As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: Rua Porto Alegre 132-D, Centro – Chapecó/SC - CEP: 8980-130.
- **Ouvidoria:** Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

CLÁUSULA 18ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Chapecó, xxx de xxxxxxx de xxxx.

_____	_____
CONTRATADA	**CONTRATANTE**
Unimed Chapecó	
Coop.Trab. Méd. Reg. Oeste Cat. Ltda	

TESTEMUNHAS:

1 - _____
Nome:
CPF:

2 - _____
Nome:
CPF:

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE 1
CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO 2
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 2
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA 13
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO 15
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA 16
CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 17
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO 19
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO 23
CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 29
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE 30
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA 33
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS 34
CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 36
CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL 37
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS 39
CLÁUSULA 18ª - FORO 41

GLOSSÁRIO

Abrangência é a área geográfica onde serão prestadas as coberturas assistenciais do plano contratado.

Acidente pessoal é evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que torne necessário o tratamento médico.

Acidente do trabalho é qualquer intercorrência que ocorra com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.

Agravo consiste em acréscimo no valor da prestação, definido com base em cálculos atuariais, permitindo a cobertura da doença preexistente, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Ambulatório é a estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

Ambulatorial é o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultório ou ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas

hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.

Apartamento standard acomodação hospitalar individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.

Atendimento de emergência é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Atendimento de urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Avaliação médica para doenças ou lesões preexistentes é a avaliação realizada pelo médico perito, com o objetivo de verificar as condições físicas do beneficiário e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes, em que poderão ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da preexistência.

Cálculo atuarial é o cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de beneficiário, tipo de procedimento, a fim de justificar a formação inicial dos valores das mensalidades a serem pagas pelo beneficiário e garantir a manutenção do plano contratado.

Carência é um período pré-determinado no contrato, contado a partir da inclusão do beneficiário no plano durante o qual não poderá fazer uso dos procedimentos cobertos pelo plano.

Cartão individual de identificação é a cédula que comprova a aceitação do beneficiário no plano de saúde em que se determina a identidade do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano).

CID é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS – Organização Mundial de Saúde.
Cobertura Parcial Temporária é a suspensão, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes;

Consulta é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

Coparticipação é o valor pecuniário cobrado do beneficiário, através da aplicação de percentual calculado sobre os custos das consultas, exames e procedimentos prestados.

Contratada é a operadora de plano de assistência à saúde identificada no contrato que garantirá a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano, através de seus médicos cooperados em rede própria ou contratada.

Contratante é a pessoa física identificada no contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si e seus dependentes.

Contrato é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos tanto do CONTRATANTE como do CONTRATADO.

Declaração de Saúde é o questionário a ser preenchido pelo beneficiário no momento de sua inclusão no plano para avaliar seu atual estado de saúde e declarar a existência de doenças preexistentes.

Dependentes são aqueles que adquirem a qualidade de beneficiários quando preenchidas as condições legais vinculadas ao beneficiário titular.

Doença é a falta ou perturbação da saúde, que apresenta um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico-hospitalar.

Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário tem conhecimento no momento de sua inclusão no plano.

Entrevista Qualificada é a avaliação feita pelo médico diante das informações constantes na declaração de saúde apresentada pelo beneficiário.

Evento é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário ou de seus dependentes, que se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e término, seja através de alta médica, abandono do tratamento pelo beneficiário ou com a sua morte.

Exames são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilitam uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

Guia Médico é a relação de médicos cooperados, serviços próprios e credenciados, fornecidos aos beneficiários.

Inscrição é o ato de incluir um beneficiário no plano, superada a fase de verificação da CONTRATADA.

Internação hospitalar ocorre quando o beneficiário é submetido a algum tipo de tratamento médico em regime hospitalar.

Manual do Beneficiário livro que contém noções essenciais acerca da utilização do plano de saúde contratado.

Médico Cooperado é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

Mensalidade é o valor pecuniário relativo a cada beneficiário a ser pago mensalmente pelo CONTRATANTE, em face do plano de saúde.

Operadora é a pessoa jurídica responsável que opere produto, serviços, ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.

Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, necessária durante o ato cirúrgico.

Plano é a opção de segmentação adquirida pelo CONTRATANTE.

Plano Referência é o plano definido na Lei n° 9.656/98 com cobertura assistêncial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria e centro de terapia intensiva ou similar.

Prazo é o período mínimo previsto no contrato.

Procedimentos médicos ambulatoriais são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapassem o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Proposta de Adesão é o documento preenchido e assinado pelo CONTRATANTE em que constam seus dados pessoais e de seus dependentes.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

Recursos ou serviços credenciados/contratados aqueles colocados à disposição do beneficiário para o atendimento médico-hospitalar, mas que não são rede própria da cooperativa.

Recursos próprios aqueles colocados à disposição do beneficiário para atendimento médico-hospitalar, que são da rede própria da cooperativa.

Reembolso é a devolução de valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede da CONTRATADA, até o limite da tabela referência de valores praticados pela Unimed.

Segmentação são as coberturas mínimas definidas pela Lei nº 9.656/98 para cada uma das modalidades de planos de saúde oferecidas pelas operadoras.

Tabela de Referência Unimed é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que sejam necessárias a aferição ou reembolso.

Titular é o beneficiário CONTRATANTE do plano.

Unimed é uma Cooperativa de Trabalho Médico, regida pela Lei N° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

Beneficiário é a pessoa física inscrita no plano de saúde, que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou dependentes.

Vigência é a data a partir da qual passam a estar em vigor os termos do contrato.