

CONDIÇÕES GERAIS

PME UNIMED NACIONAL

Portes I e II

Ambulatorial, Hospitalar e Hospitalar com Obstetrícia

Vigência: Junho/2023

ÍNDICE

TÍTULO I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
Seção I – Qualificação da Contratada e da Contratante	4
Seção II – Do Objeto	4
Seção III – Da Natureza	4
TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
Seção I – Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial	8
Seção II – Da Cobertura da Segmentação Hospitalar.....	9
Seção III – Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia	12
TÍTULO IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
TÍTULO V – DURAÇÃO DO CONTRATO	14
TÍTULO VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA	14
TÍTULO VII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	15
TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
Seção I – Da Remoção	18
TÍTULO IX – DA LIVRE ESCOLHA	18
TÍTULO X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	20
Seção I – Da Coparticipação:.....	20
Seção II – Cartão Individual de Identificação e demais mecanismos de regulação.....	20
TÍTULO XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	22
Seção I – Dos Demitidos e Aposentados (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656).....	23
TÍTULO XII – REAJUSTE	24
Seção I – Dos reajustes para empresas classificadas como “Porte I”	25
Seção II – Dos reajustes para empresas classificadas como “Porte II”	26
Seção III – Agrupamento Para Diluição do Risco	28
TÍTULO XIII – FAIXAS ETARIAS	29
TÍTULO XIV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	30
Seção I – Do Demitido	30
Seção II – Do Aposentado	30
Seção III – Das condições comuns aos demitidos e aposentados.....	30

Seção IV – Do enquadramento Micro Empresário Individual – MEI.....	32
TÍTULO XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	32
TÍTULO XVI – SUSPENSÃO E RESCISÃO	34
Seção Única – Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98).....	36
TÍTULO XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS	36
Seção I – Das Definições.....	39
Seção II – Da Conduta Profissional e Empresarial Recomendável.....	42
TÍTULO XVII – DO SIGILO	43
TÍTULO XVIII – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:	44
TÍTULO XIX – DO PLANO DE REFERÊNCIA.....	46
TÍTULO XX – ELEIÇÃO DE FORO	47

TÍTULO I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Seção I – Qualificação da Contratada e da Contratante

A **CENTRAL NACIONAL UNIMED**, cooperativa de saúde, doravante denominada **UNIMED NACIONAL** ou **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** encontram-se qualificadas e identificadas, conforme dados constantes no Resumo de Contratação/Proposta, que é parte integrante deste contrato para todos os fins de direito.

Seção II – Do Objeto

Art. 1. O presente contrato (“Contrato”) tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria ou credenciada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, **VISANDO EXCLUSIVAMENTE À COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL CONTRATADA (AMBULATORIAL, HOSPITALAR ou HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA)**, de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 2. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Seção III – Da Natureza

Art. 3. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), de forma subsidiária.

Art. 4. O presente também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5. O presente plano poderá ser destinado às seguintes pessoas, consideradas Beneficiários titulares:

- I – Empregados/servidores públicos com vínculo empregatício ativo ou estatutário com a CONTRATANTE, inclusive os temporários;**
- II – Sócio ou administrador da CONTRATANTE;**
- III – demitidos e aposentados que tiveram vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE;**
- IV – Agentes políticos;**
- V – Estagiários e menores aprendizes.**

Art. 6. Podem ser inscritos como Beneficiários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário titular:

- a) o cônjuge;**
- b) os filhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias;**
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;**
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) os filhos comprovadamente inválidos e**
- f) os netos, irmãos e sobrinhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias.**

§2º O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do Beneficiário titular no contrato, observadas as exceções da contratação coletiva empresarial quando se tratar de demitidos e aposentados com direito ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§3º Salvo disposição em contrário, os Beneficiários dependentes devem ser inscritos no mesmo plano de seu Beneficiário titular.

§4º Não será permitida a inclusão de grupo familiar do titular que esteja na condição de ex-empregado da CONTRATANTE, em gozo do benefício dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, exceto a inscrição de novo cônjuge e filhos.

§5º A CONTRATANTE deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, um mínimo de Beneficiários entre titulares e dependentes conforme exposto no Resumo de Contratação/Proposta e até o máximo de 99 (noventa e nove) Beneficiários, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

Art. 7. Observadas as condições de inscrição, é assegurada a inclusão:

I – do recém-nascido, assim considerada a criança com idade até trinta dias de vida, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que, simultaneamente:

- a) a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou adoção, guarda ou tutela, observado o limite de idade da criança; e**
- b) o pai ou a mãe, ou seu responsável legal, não esteja cumprindo a carência máxima legal de 180 (cento e oitenta) dias;**

II – do menor de doze anos, filho adotivo, sob guarda ou tutela, ou ainda, daquele que venha a ter a paternidade reconhecida, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos

pelo Beneficiário adotante ou responsável legal, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o ato;

III – do cônjuge ou convivente do Beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por ele, quando contrair matrimônio, ou houver o implemento da condição de união estável, durante a vigência do contrato, e desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento. Iguais requisitos serão observados para as inscrições de enteados do Beneficiário titular.

IV – Dos demais dependentes elegíveis ao contrato, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo respectivo titular, desde que seja inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do implemento da condição de inscrição.

V – Dos novos Beneficiários titulares observados os critérios de cumprimento dos períodos de carência definidos neste instrumento.

§1º Caso ainda não esteja completado o prazo previsto na letra 'b' do inciso I deste artigo, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal.

§2º Ultrapassados os prazos previstos na letra 'a' do inciso I, e nos incisos II, III e IV deste artigo, os inscritos cumprirão integralmente os períodos máximos de carência dispostos neste contrato, bem como de Cobertura Parcial Temporária na hipótese de doença ou lesão preexistente.

Art. 8. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos Beneficiários a serem inscritos, com todos os dados exigidos pela norma para envio de cadastro de Beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com nomes, sem abreviações, e qualificação completa de cada um, incluindo data de nascimento, sexo, nome da mãe, endereço residencial, e, conforme o caso: CPF (maiores de dezoito anos), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, carteira de identidade etc., cabendo sua atualização e complementação, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

§1º A CONTRATANTE também deverá informar se há previsão de os Beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste plano, e de que maneira, de forma a garantir ao Beneficiário titular que contribuir mensalmente para seu plano, os benefícios de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

§2º Qualquer alteração na condição de contribuinte do plano, ou não, deverá ser comunicada à CONTRATADA.

Art. 9. O pedido de inclusão dos Beneficiários constitui declaração da existência de vínculo entre a CONTRATANTE e o Beneficiário titular, e de relação entre este e os Beneficiários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo.

Art. 10. A CONTRATANTE se obriga a comunicar, por escrito, , as inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da CONTRATADA.

TÍTULO III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 11. A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários regularmente inscritos, e satisfeitas as condições deste contrato, a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, 10ª Revisão, CID-10, limitada aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação assistencial contratada, – observadas, principalmente, as diretrizes de utilização, quando houver, – realizados exclusivamente pelos recursos próprios ou contratados para o respectivo plano, ressalvados os casos de urgência e emergência especificados neste instrumento.

§1º Caso haja indicação clínica, terá cobertura a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos previstos neste contrato. Nas localidades onde houver dificuldade de cooperação ou contratação dos profissionais, a cobertura se dará por meio de reembolso.

§2º O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, observadas as especificações deste instrumento.

§3º É garantida a cobertura dos procedimentos listados no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não podendo ser exigida a realização do serviço em determinado prestador que esteja indisponível, sendo facultado à CONTRATADA o direcionamento do atendimento ao serviço que atenda a necessidade do Beneficiário, desde que coberto pelo contrato.

Art. 12. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no rol de procedimentos editado pela ANS, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no rol de procedimentos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 13. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar,

ambulatorial ou domiciliar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observado o Protocolo de Utilização (PROUT) definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção I – Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 14. A **Segmentação Ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (excluídos os procedimentos da segmentação odontológica)**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a **12 (doze) horas**, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I – Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o *caput* deste artigo;

III – cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com os limites estabelecidos no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme indicação do médico e observadas as Diretrizes de Utilização definidas pelo órgão regulador;

IV – Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação médica;

V – Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de unidades de saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios;

c) radioterapia ambulatorial (procedimentos descritos no Rol de Procedimentos editados pela ANS para a segmentação ambulatorial);

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais (prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas);

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VI – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados

ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observada a utilização, preferencialmente, de medicamento genérico (Lei nº 9.787) e medicamento fracionado, de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS.

VII – o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Art. 15. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção II – Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 16. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a **CONTRATADA** garante aos Beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I – Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

III – cobertura de despesas referentes a honorários dos médicos pertencentes à rede de prestadores do plano, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação fornecida pelo estabelecimento hospitalar;

IV – Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V – Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VI – Cobertura de despesas de alimentação e acomodação – observado o padrão contratado: individual ou coletivo –, fornecidas exclusivamente pelo hospital, de um acompanhante para Beneficiários menores de 18 anos, idosos a partir de sessenta anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente e as condições do estabelecimento, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos;

- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos da ANS.

Art. 17. Incluem-se nas coberturas deste plano:

I – os procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados no rol de procedimentos, definido para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

II – a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imprescindível imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; não estão cobertos, entretanto, os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;

III – os transplantes, apenas de rim e córnea, e os de medula óssea (autólogo e alogênico), – estes, desde que satisfeitos os critérios técnicos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS –, incluindo as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza os transplantes:

a) entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos nacionais utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;

b) os Beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura;

IV – o custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

V – as órteses, próteses e materiais especiais – OPME ligados aos atos cirúrgicos cobertos por este contrato, cabendo ao profissional requisitante a prerrogativa de determinar as suas características (dimensões, material de fabricação e tipo), e, quando solicitado, justificar

cl clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que atendam às características especificadas.

§1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§2º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet: www.ans.gov.br.

Art. 18. A cirurgia plástica reparadora, não caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica, terá cobertura quando:

- I – Efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos e membros que estejam causando problemas funcionais em virtude de eventos ocorridos na vigência deste contrato, para o respectivo Beneficiário, ou que não seja caracterizada como preexistência não informada na declaração de saúde, nos termos de regra específica;
- II – Reconstructiva de mama que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.

Art. 19. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos.

§1º O Beneficiário poderá dispor de atendimento/acompanhamento em hospital-dia para transtornos mentais quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (Diretriz de Utilização editada pela ANS) para paciente portador de:

- I – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- II – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- III – transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor – CID F30 e F31);
- IV – Transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

§2º As internações decorrentes de transtorno psiquiátrico estão sujeitas à coparticipação do Beneficiário conforme definido neste contrato. Caso não haja definição de coparticipação para as demais internações, o CONTRATANTE participará no custeio daquelas decorrentes de transtorno psiquiátrico quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, não caracterizando o financiamento integral da internação.

§3º Fica ressalvado que a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e mediante indicação do médico assistente.

Art. 20. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto no resumo de contratação/Proposta, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art. 21. É garantida a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, observadas as condições contratadas.

Seção III – Da Cobertura da Segmentação Hospitalar com Obstetrícia

Art. 22. A segmentação Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, observado o rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e ainda, desde que a mãe, ou adotante, conforme o caso, tenha cumprido as carências específicas:

- I – Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante designado pela mulher durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato e conforme a indicação do médico;
- II – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; ultrapassado esse prazo, a cobertura cessará, exceto se tiver sido incluído no plano, respeitadas as condições para sua inscrição.

TÍTULO IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 23. Estão excluídos da cobertura deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação assistencial contratada, ou sem a observância das diretrizes de utilização, bem como:

- I – Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- II – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
 - c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso *off-label*);

III – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do rol de procedimentos definido pela ANS, e observadas as respectivas diretrizes de utilização;

IV – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; ou ainda aqueles cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

VI – Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

VII – cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

VIII – cobertura de despesas de alimentação e acomodação para acompanhantes, excetuado os casos expressamente previstos neste contrato;

IX – Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

X – Cirurgias para mudança de sexo;

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

XII – procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma e termos previstos neste instrumento;

XIII – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XIV – inseminação artificial, assim entendida como a 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;

XV – Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI – cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

XVII – procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

XVIII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XIX – aplicação de vacinas;

XX – Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXI – consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXII – remoção domiciliar;

XXIII – implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes de medula óssea, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e as Diretrizes de Utilização editados pela ANS;

XXIV – tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e estabelecimentos para acolhimento de idosos e as internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXV – investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

XXVI – procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.

Art. 24. Estão excluídos ainda, mesmo quando dentro da área geográfica de abrangência do plano, quaisquer serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias (mesmo em casos de urgência e/ou emergência) realizados em estabelecimentos não contratados por este plano.

TÍTULO V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 25. O período de vigência do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses. A data do início da vigência dar-se-á de acordo com o estabelecido no Resumo de Contratação/Proposta.

Art. 26. Salvo manifestação em contrário das partes, com antecedência mínima de sessenta dias, o presente contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não sendo cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação.

TÍTULO VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Os Beneficiários não terão direito às coberturas contratadas antes de cumpridos os períodos de carência.

§1º O início da contagem do período de carência dar-se-á na data de início de vigência do presente contrato para o Beneficiário incluído no momento da contratação, ou se posteriormente, na data de sua inclusão no plano.

§2º Quando prevista a inscrição de dependentes, os períodos de carência terão início na data de inclusão destes no plano.

Art. 28. Os períodos máximos de carência são:

Eventos	Prazos de Carência e CPT.
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Básicos	30 dias
Exames Especiais	180 dias
Procedimentos Terapêuticos Especiais	180 dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Internações Obstétricas	180 dias
Parto a termo	300 dias

§1º Ocorrendo a mudança de produto inferior para superior (*Upgrade*), o usuário deverá cumprir novos períodos de carência referente à utilização dos novos serviços cobertos, nova acomodação ou novos prestadores que vier a ter acesso no novo produto.

§2º O usuário que mudar de produto superior para inferior (*Downgrade*) somente poderá fazer nova mudança após o intervalo de 12 (doze) meses.

Art. 29. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigido o cumprimento de períodos de carências, desde que o Beneficiário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Art. 30. A CONTRATANTE recebe neste ato arquivo com a lista de procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (bem como as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização), onde consta a indicação dos procedimentos que correspondem à cobertura do plano contratado, ressalvadas as exclusões deste instrumento e de acordo com as disposições da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

TÍTULO VII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 31. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 32. É condição prévia para inclusão do Beneficiário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS),

o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.

Parágrafo único. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Art. 33. Ficará a critério da **CONTRATADA** a realização de exame prévio de admissão nos Beneficiários, posteriormente ou não à entrega da Declaração de Saúde, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações.

Parágrafo único. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 34. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** poderá restringir tais coberturas por meio de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo único. A Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inclusão do Beneficiário no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 35. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do Beneficiário no plano contratado.

Art. 36. Se for identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente ao Beneficiário a alegação de omissão de informação por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária ou requerer abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão na declaração de saúde, conforme norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§1º O Beneficiário será responsável pelo ressarcimento à **CONTRATADA** das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente reconhecidamente omitida, além de ser excluído do contrato.

§2º A **CONTRATANTE** é solidariamente responsável pelo ressarcimento mencionado acima.

§3º Não haverá negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 37. Na hipótese de haver mais de 29 (vinte e nove) participantes no plano, não será exigida Cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que o Beneficiário seja inscrito em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, observado o disposto neste instrumento.

Parágrafo único. Eventual ampliação do prazo mencionado no *caput*, ou ainda a dispensa de exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, constará do instrumento de comercialização.

TÍTULO VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 38. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de:

I – Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II – Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. Haverá cobertura dos procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 39. Quando o atendimento de emergência ou de urgência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência da segmentação hospitalar, este abrangerá a cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Beneficiário, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

Art. 40. Após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano para o respectivo Beneficiário, estará garantida a cobertura integral, dentro do Rol de Procedimentos das segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, para os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal.

Art. 41. Os Beneficiários cujos atendimentos estejam restritos em decorrência de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para a segmentação ambulatorial, excluídos os procedimentos de alta complexidade definidos no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Seção I – Da Remoção

Art. 42. Após a realização dos atendimentos classificados como urgência e emergência, é garantida a cobertura de remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de abrangência do plano, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, e que desses serviços necessite:

I – Quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente para os procedimentos cobertos; ou

II – Pela necessidade de internação para os Beneficiários em cumprimento de período de carência ou Cobertura Parcial Temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, observadas as seguintes disposições:

a) só cessará a responsabilidade da CONTRATADA sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b) quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção; e

c) quando não for possível a remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

TÍTULO IX – DA LIVRE ESCOLHA

Art. 43. Será garantido exclusivamente aos Beneficiários dos produtos que possuam a característica da livre escolha, o reembolso de despesas abrangidas pelo contrato, quando ele utilizar os serviços de profissionais ou instituições que não façam parte da rede contratada para o plano (médicos cooperados, serviços próprios e credenciados), de acordo com a seguinte tabela constante no resumo de contratação/Proposta.

Parágrafo Único. Para cálculo do reembolso ora instituído, deverá ser multiplicado o múltiplo de reembolso informado no Resumo de Contratação/Proposta, tomando como base o valor de reembolso descrito na “Tabela de Referência de Reembolso (“Tabela”).

Art. 44. A lista de eventos cobertos pela faculdade de livre escolha, excetuados os produtos que preveem reembolso apenas para consultas, bem como o valor pecuniário ou unidade de

referência do reembolso, a qual a tabela acima será aplicada, faz parte integrante da “Tabela Referência de Reembolso” registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo – SP – Registro 3.674.633.

Art. 45. A realização dos reembolsos de livre escolha será efetuada de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, que não será inferior aos valores que a **CONTRATADA** remunera a rede de prestadores deste plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pela **CONTRATANTE** e/ou **Beneficiário**, dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral ao montante despendido pelo **Beneficiário**:

- a) solicitação de reembolso em formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- f) comprovante do desembolso do valor pago ao atendimento/prestador de serviços, como recibo ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal);
- g) demais documentos que a operadora entender pertinente para a análise do pedido;

Parágrafo Primeiro: Ultrapassado o prazo previsto acima, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Parágrafo Segundo: A **UNIMED NACIONAL** se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

Parágrafo Terceiro: Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam a análise correta do reembolso, no caso de dúvida, a **UNIMED NACIONAL** poderá solicitar do **Beneficiário** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento. Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **Beneficiário**, no novo prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

Art. 46. O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo **Beneficiário** aos procedimentos cobertos pelo plano.

TÍTULO X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I – Da Coparticipação:

Art. 47. A **CONTRATANTE** participará, conforme percentuais e/ou valores especificados no Resumo de Contratação/Proposta, no pagamento dos procedimentos pela chamada “coparticipação”, que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, quando da realização do procedimento.

§1º Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

§2º Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia nos planos optados pela **CONTRATANTE** e indicados no Resumo de Contratação/Proposta que possuam tal característica.

§3º O valor estipulado como o limite para a cobrança de coparticipação, estipulado no Resumo de Contratação/Proposta, será reajustado anualmente, na data base do contrato, tendo como indexador de atualização o índice VCMH, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

§4º Para cálculo da cobrança dos serviços prestados, será sempre utilizada como parâmetro a "Tabela UNIMED NACIONAL", registrada em Cartório de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo – SP- Registro 3.674.634

Art. 48 A coparticipação para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato, não cumulativos, não caracterizando o financiamento integral da internação.

Seção II – Cartão Individual de Identificação e demais mecanismos de regulação

Art. 49. A **CONTRATADA** fornecerá aos Beneficiários o **cartão individual de identificação** referente ao plano contratado, na modalidade física ou virtual, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja **apresentação, acompanhada de documento de identidade, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, desde que o Beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.**

Parágrafo único. Caso haja necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da UNIMED, mediante pagamento do respectivo valor.

Art. 50. A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos, realizados pelos médicos cooperados da Unimed e rede dos demais prestadores próprios e contratados referente ao plano adquirido, conforme Guia de Serviços de Saúde.

§1º As consultas deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido entre aqueles pertencentes à rede própria ou contratada do plano.

§2º Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico são garantidos pela CONTRATADA, por meio da rede própria ou contratada constante no Guia.

§3º Desde que executados na rede de prestadores do plano e atendidas as condições contratuais, estará garantida a cobertura dos serviços diagnósticos e tratamentos, ainda que o profissional solicitante não pertença à rede própria ou contratada da operadora.

§4º O Beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico de substituição dos prestadores da rede disponibilizada ao plano contratado. As atualizações do Guia estarão disponíveis na sede da CONTRATADA, pelo serviço de teleatendimento ou pela Internet.

Art. 51. Para acesso a quaisquer serviços, os Beneficiários deverão obter orientações e a respectiva autorização na Central de Atendimento, exceto nos casos de urgência e emergência.

Art. 52. Caso o Beneficiário tenha dificuldade de acesso a alguma cobertura prevista neste plano, deverá entrar em contato com a CONTRATADA pelo seu serviço de teleatendimento, que o direcionará ao prestador que executará o procedimento.

Art. 53. As internações eletivas requerem autorização prévia, e para a sua obtenção o Beneficiário apresentará à CONTRATADA o pedido médico com as devidas razões da internação, com indicação do diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

Parágrafo único. Caso não seja necessária a realização de perícia, a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, e poderá ser prorrogado mediante justificativa médica a ser apresentada à CONTRATADA.

Art. 54. Na internação caracterizada como urgência ou emergência, sem autorização prévia, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a respectiva autorização da internação e procedimentos, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 55. O Beneficiário estará obrigado, ao internar-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

Art. 56. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

Art. 57. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo Beneficiário ao prestador do atendimento.

Art. 58. Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Art. 59. Em casos de divergência médica a respeito de autorização prévia, a CONTRATADA se reserva o direito de realização de junta médica para definição do impasse, nos termos preceituados pela Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017.

§1º. A junta médica, prevista no caput será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

§2º. Fica garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de um dia útil, a partir do recebimento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior quando caracterizada urgência.

Art. 60. A CONTRATADA poderá alterar qualquer prestador de serviço da sua rede assistencial, observado, quando for o caso, o disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, ou seja, comunicação com antecedência de trinta dias ou após prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os casos de substituição ou redução da rede hospitalar, respectivamente.

Parágrafo único. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica qualquer direito de redução dos valores fixados.

TÍTULO XI – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 61. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial.

Parágrafo único. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, que estejam nas mesmas condições.

Art. 62. Os valores e critérios de cobrança estão dispostos no Resumo de Contratação/Proposta.

Art. 63. A CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, por Beneficiário inscrito, o valor de Inscrição e as Mensalidades, conforme disposto no Resumo de Contratação/Proposta.

Art. 64. A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 65. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusões ou de exclusões de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 66. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão, a critério da CONTRATADA, conforme previsto neste instrumento.

Art. 67. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 68. Se a CONTRATANTE não receber documento que a 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 às consequências da mora.

Seção I – Dos Demitidos e Aposentados (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656)

Art. 69. Caso seja caracterizada a contribuição pelo empregado, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, desde que haja formalização em termo próprio, o ex-empregado (demitido ou exonerado sem justa causa; ou aposentado) permanecerá vinculado à contratação coletiva, observado o disposto neste instrumento.

Art. 70. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, caso assim se obriguem, deverão pagar à CONTRATADA, por si e seus dependentes, as mensalidades fixadas para o plano coletivo, os valores atribuídos à coparticipação (se houver) e as despesas eventuais, tais como segunda vias de cartão de identificação.

§1º As mensalidades, cujos valores são aferidos de acordo com a idade dos Beneficiários dispostos conforme a faixa etária em que se enquadrem, correspondem às contraprestações

sucessivas e mensais pelo plano ora contratado, cujo vencimento constará do termo de adesão ao benefício.

§2º A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

Art. 71. Ocorrendo impontualidade nos pagamentos, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de suspensão do contrato ou sua rescisão, a critério da **CONTRATADA**.

Art. 72. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 73. Se o Beneficiário não receber documento que o 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 às consequências da mora.

TÍTULO XII – REAJUSTE

Art. 74. Os valores das mensalidades foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os custos dos serviços colocados à disposição dos Beneficiários, a frequência prevista de utilização desses serviços, e seus limites, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carências, valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim, quaisquer alterações desses itens ensejarão novos valores.

Art. 75. Nos termos da Lei, os reajustes das mensalidades e inscrições ocorrerão nas datas bases anuais do contrato, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

I. Em vista da manutenção dos ex-empregados nos mesmos produtos em que se encontravam quando dos respectivos desligamentos da **CONTRATANTE**, independentemente do enquadramento acima previsto, fica claro que a sinistralidade da massa de ativos e de inativos serão apuradas em conjunto, sendo aplicado um percentual único de reajuste nos preços dos Beneficiários inscritos pela **CONTRATANTE**.

Art. 76. Para aplicação do Reajuste Financeiro (por correção monetária), fica estipulado o **VCMH (Variação dos Custos Médicos Hospitalares)**, da **UNIMED NACIONAL**.

I. O **VCMH** será apurado pela **UNIMED NACIONAL**, ora **CONTRATADA**, e homologado por Auditoria Independente.

II. O VCMH será calculado anualmente no mês de maio e será válido para os reajustes realizados em julho do mesmo ano até junho do ano subsequente.

III. Os índices anuais do VCMH serão divulgados no Portal eletrônico da CONTRATADA (www.unimednacional.coop.br), ficando, assim, disponíveis para consultas, assim como a forma e composição do cálculo.

Art. 77. Fórmulas para análise dos reajustes:

I. Será considerado o VCMH para apuração dos reajustes financeiros.

II. Será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / \text{LIM}) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita (70%)

III. Será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + RF)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

RT = Reajuste Técnico

RF = Reajuste Financeiro

IV – Caso os Custos Médicos ultrapassem 70% da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do Contrato), será incorporado a este reajuste também o Reajuste Técnico descrito no artigo 77, com o objetivo de equilibrar a relação contratual. No caso de a sinistralidade apurada não atingir o limite técnico contratado, ou seja, mínimo de 70%, haverá a aplicação apenas do Reajuste Financeiro, conforme índice contratado.

Art. 78. O reajuste do presente Contrato será feito de acordo com seu número de vidas, que será apurado no momento de sua celebração, e reanalisado a cada aniversário do contrato, conforme critérios descritos abaixo:

Seção I – Dos reajustes para empresas classificadas como “Porte I”

Art. 79. Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 565 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), caso na data de celebração do Contrato, ou nas respectivas datas de aniversário, a massa populacional inscrita seja igual ou inferior a 29 (vinte e nove) Beneficiários, a **CONTRATANTE** reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com até 29 vidas Beneficiários (PME), participantes da carteira de Beneficiários da **CONTRATADA**, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

§1º Para composição de cálculo de reajuste, deverão ser consideradas as “despesas” e “receitas” de todos os contratos constantes do agrupamento PME da **CONTRATADA**.

Seção II – Dos reajustes para empresas classificadas como “Porte II”.

A. Caso na data de celebração do Contrato, ou nas respectivas datas de apuração (compreendida pelo mês de aniversário do ano anterior à aplicação), a massa populacional inscrita se enquadre entre 30 (trinta) e 99 (noventa e nove) Beneficiários (Porte II), a **CONTRATANTE** reconhece que fará parte de um dos agrupamentos contratuais para cálculo da sinistralidade, onde deverão ser observadas as seguintes regras abaixo indicadas:

A.a. A aplicação do disposto no item A, será subdividida nas 3 (três) subcategorias abaixo, conforme o nível de sinistralidade apurado individualmente no período de análise, através da divisão obtida entre despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde e a receita recebida:

- 1.** A primeira subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade menor ou igual a 70% (setenta por cento), será reajustada pelo VCMH vigente no mês de sua data base, conforme o artigo 76 deste documento.
- 2.** A segunda subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade maior que 70% (setenta por cento) e menor ou igual a 90% (noventa por cento), será reajustada pelo índice de reajuste apurado no agrupamento dos contratos com sinistro neste intervalo, conforme o artigo 77 deste documento.
- 3.** A terceira subcategoria, composta pelos contratos com índice de sinistralidade maior que 90% (noventa por cento), será reajustada pelo índice de reajuste apurado no agrupamento dos contratos com sinistro neste intervalo conforme o artigo 77 deste documento.

§2º Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento Porte I e Porte II da **CONTRATADA**, porém o período de apuração será único – janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste e percentual definido será disponibilizado para aplicação nos meses de maio a abril do ano subsequente ao período de cálculo do reajuste.

§3º Enquanto a **CONTRATANTE** fizer parte do agrupamento de contratos PORTE II da **CONTRATADA** mencionado no artigo 79, A deste documento, prevalecerão apenas as regras

contidas no artigo 79, A, A.a, 1, 2 e 3 deste documento.

§4º Caso na data de celebração do Contrato, ou nas respectivas datas de aniversário, a massa populacional inscrita seja de 100 (cem) ou mais Beneficiários, a análise do reajuste será individual, conforme fórmula constante do Artigo 77 deste documento.

I- Periodicidade para apuração:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): VCMH vigente, da UNIMED NACIONAL, conforme percentual homologado e disponibilizado no Portal;

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá os meses de janeiro a dezembro de cada ano;

Aplicação: na data base anual do contrato.

II – Os valores previstos neste tópico também poderão ser ajustados se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos ou contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

§5º Caso a legislação autorize o reajustamento em período inferior a doze meses, ela terá aplicação imediata sobre este contrato.

§6º Independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de reajustamento do presente Contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 80. De forma complementar, além da atualização prevista acima, o cálculo atuarial poderá ser revisto anualmente, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, se houver utilização comprovada acima da média prevista ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos, alteração do grau de risco da **CONTRATANTE**.

§1º Fica estipulado entre as partes contratantes que também serão computados para o cálculo da sinistralidade, todos os custos suportados pela **CONTRATADA** no período de apuração, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

Art. 81. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

Art. 82. Os reajustes e revisões das mensalidades deste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme determinado pela regulamentação em vigor.

Art. 83. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à **CONTRATADA** as

mensalidades do plano, estarão sujeitos aos reajustes e revisões definidos para o contrato coletivo, conforme descrito no resumo de contratação/Proposta e eventual negociação da **CONTRATANTE**.

Parágrafo único. No caso de a **CONTRATADA** disponibilizar planos exclusivos para empregados, a carteira destes planos deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste, cujos percentuais serão divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet em até trinta dias após a sua aplicação.

Sessão III – Agrupamento Para Diluição do Risco

Art. 84. Na hipótese deste Contrato não contar com pelo menos 30 (trinta) Beneficiários este será agrupado com demais contratos do mesmo porte para fins de cálculo e aplicação de reajuste unificado, de modo que haja distribuição do risco inerente à operação por todos os contratos pertencentes ao grupo quando da revisão técnica.

Art. 85. A quantidade de Beneficiários estabelecida para definir se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e reavaliada anualmente, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

§1º Quando a contratação superar a quantidade mínima de Beneficiários, o contrato será desagregado do agrupamento, passando o reajuste a ser regido individualmente pelas disposições contratuais específicas.

§2º Para fins da apuração do número de Beneficiários será considerada a soma de todos os Beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ainda que inscritos em planos privados de assistência à saúde diferentes, bem como, na hipótese de mais de uma **CONTRATANTE** integrar a contratação no mesmo instrumento jurídico, a soma de todos os inscritos por todas elas.

Art. 86. O período de cálculo do reajuste único, seja pelo índice de preços, seja pela recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, será comum a todos os contratos incluídos no agrupamento.

Art. 87. Respeitada a respectiva data base de cada contratação, o percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no período compreendido entre o mês de maio de um ano e o mês de abril do ano seguinte.

Art. 88. A **CONTRATADA** deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 89. É facultado à **CONTRATADA**, a título de aditamento pré consentido, alterar o período de apuração do reajuste, bem como desmembrar o agrupamento por tipo de segmentação assistencial, observadas as normas editadas pela ANS.

TÍTULO XIII – FAIXAS ETÁRIAS

Art. 90. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada Beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário.

Art. 91. As faixas etárias para os fins deste contrato serão:

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

Art. 92. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, que não se confunde com o reajuste financeiro anual, constará no Resumo de Contratação/Proposta.

§1º Os percentuais definidos para a mudança de faixa etária incidirão sobre as mensalidades vigentes na data que ocorrer a alteração da idade do Beneficiário (e que importe em deslocamento para a faixa etária superior), ou seja, os percentuais incidirão sobre os valores das mensalidades reajustadas e/ou revistas na forma contratual.

§2º Os percentuais de variação de faixa etária são fixados observando que o valor da última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e ainda, a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

§3º As variações por mudança de faixa etária não poderão apresentar percentuais negativos.

Art. 93. Os Beneficiários acima de 59 anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, porém, estarão sujeitos ao reajuste financeiro anual, e, eventualmente, à revisão técnica, na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I – Do Demitido

Art. 94. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao Beneficiário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário – e dos respectivos dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Seção II – Do Aposentado

Art. 95. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao Beneficiário titular aposentado que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, há pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário – e dos respectivos dependentes então inscritos – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades, incluindo os eventuais valores de coparticipação.

§1º Na hipótese de contribuição pelo então empregado por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Art. 96. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, quando do seu desligamento, é garantido o direito de manter sua condição de Beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, cujo direito de permanência do vínculo ao plano coletivo será exercido pelo ex-empregado aposentado quando se desligar da **CONTRATANTE**.

Parágrafo único. A permanência do vínculo de que trata o caput é garantida 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.

Seção III – Das condições comuns aos demitidos e aposentados

Art. 97. O ex-empregado (exonerado, demitido ou aposentado) deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** (empresa empregadora), formalizada

no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§1º Caberá à **CONTRATANTE** esclarecer aos seus ex-empregados os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a Contrato coletivo.

§2º O direito de permanência assegurado ao Beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 98. A manutenção da condição de Beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, contudo, não há obrigatoriedade de manutenção de todos os então inscritos, podendo ser mantido o vínculo tão somente pelo ex-empregado, individualmente, e por parte do seu grupo familiar.

Parágrafo único. É facultada a inclusão tão somente de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de Beneficiário, sujeitando-se a inscrição ao cumprimento dos prazos de carência definidos neste Contrato.

Art. 99. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência, observado o prazo do benefício, é assegurado aos dependentes então inscritos no plano privado coletivo de assistência à saúde conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste Contrato.

Art. 100. No caso de rescisão do presente Contrato, e contratação de plano de assistência à saúde em outra operadora, a **CONTRATANTE** deverá garantir a inscrição dos Beneficiários demitidos e aposentados no novo plano, de modo a manter a continuidade do direito em fruição.

Art. 101. A **CONTRATADA** poderá exigir da **CONTRATANTE** prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O Beneficiário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao Contrato, e, por consequência, seus dependentes também não terão esse direito, ainda que tenha ocorrido contribuição para o plano de saúde, mas cujos valores sejam relacionados exclusivamente ao grupo familiar do empregado.

§2º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa empregadora, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

Art. 102. Caso de outra maneira não seja acordada, a **CONTRATADA** efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos Beneficiários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

Art. 103. A **CONTRATANTE** deverá enviar a relação dos **Beneficiários** que passarão à condição de ex-empregados (e respectivos dependentes vinculados), contendo o prazo de permanência no benefício. Juntamente com a relação, encaminhará formulário próprio – disponibilizado pela **CONTRATADA** – firmado pelo ex-empregado, com as suas informações cadastrais, e de seus dependentes, e ainda, termo de opção e responsabilidade, além da prova do tempo de contribuição para o plano de assistência à saúde.

Art. 104. A condição de **Beneficiário** assegurada nos dispositivos acima deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos acima;
- b) quando da admissão do **Beneficiário** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo;
- c) pelo cancelamento pela **CONTRATANTE** do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos ou aos ex-empregados;
- d) pela exclusão dos **Beneficiários** por inadimplência ou fraude.

Art. 105. 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 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa – RN nº 438, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV – Do enquadramento Micro Empresário Individual – MEI

Art. 106. A **CONTRATANTE** enquadrada como **Empresário Individual** deverá apresentar, anualmente na data de aniversário do Contrato, nos termos da legislação/regulamentação aplicável, documentos que comprovem:

- i) a conservação da inscrição nos órgãos competentes;
- ii) Regularidade cadastral junto à Receita Federal;
- iii) a manutenção da condição de empresário individual.

Art.107. Verificada a ilegitimidade do contratante no aniversário do Contrato, a **CONTRATADA** poderá rescindir o contrato, mediante prévia notificação com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

TÍTULO XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 108. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão dos **Beneficiários**.

Parágrafo único. Beneficiário que estiver internado sob a responsabilidade da **CONTRATADA** não será excluído do plano enquanto perdurar essa responsabilidade.

Art. 109. Em observância ao direito do empregado aposentado, ou demitido (ou exonerado) sem justa causa, que contribuir para o plano, de permanecer vinculado à contratação coletiva, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, a **CONTRATADA** somente acatará a solicitação de exclusão de Beneficiário titular:

- a) que estiver acompanhada de declaração da **CONTRATANTE** de que o empregado não contribuiu para seu plano de saúde, não sendo, portanto, elegível ao benefício; ou que a demissão se deu por justo motivo; ou
- b) mediante manifestação do ex-empregado de que não deseja exercer o seu direito; ou
- c) depois de decorridos trinta dias da comprovada comunicação que a **CONTRATANTE** tenha feito ao seu empregado (demitido sem justa causa ou aposentado) informando-o sobre seu direito, sem que houvesse manifestação de interesse em exercê-lo.

Art. 110. O Beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato, e ressalvado o benefício disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, a exclusão do Beneficiário titular do contrato cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 111. A **CONTRATADA** está autorizada a excluir os Beneficiários ocorrendo fraude por:

- I – Qualquer ato ilícito praticado na utilização do objeto deste instrumento;
- II – Utilização indevida do cartão individual de identificação do Beneficiário;
- III – omissão ou distorção de informações em prejuízo da operadora ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- IV – Descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

Parágrafo único. No conceito de fraude inclui-se a má-fé e a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação e a mentira.

Art. 112. Além das hipóteses de exclusão previstas no artigo acima, fica facultado a qualquer Beneficiário titular solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente.

§1º A **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias a contar da solicitação do Beneficiário titular, para que a **CONTRATADA** providencie o processamento da exclusão pleiteada.

§2º Fica facultado à **CONTRATADA** exigir a comprovação da solicitação por parte do Beneficiário titular.

§3º Expirado o prazo mencionado no §1º deste artigo sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do Beneficiário junto à **CONTRATADA**, o

Beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à **CONTRATADA**, comprovando a inércia da **CONTRATANTE**.

§4º Caberá à **CONTRATADA** prestar as informações obrigatórias determinadas pela legislação vigente e, ainda, fornecer ao Beneficiário o comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do plano.

§5º O pedido de exclusão do Beneficiário titular terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da **CONTRATADA**.

§6º As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da exclusão do Beneficiário são de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

§7º As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos Beneficiários após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por conta da **CONTRATANTE**, estando a **CONTRATADA** desobrigada a arcar com tais despesas.

§8º A exclusão do Beneficiário titular do plano acarretará na consequente exclusão de seu grupo familiar.

§9º A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de exclusão do plano prevista neste artigo, a **CONTRATADA** deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante da efetiva exclusão do Beneficiário do plano, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Art. 113. É obrigação da **CONTRATANTE** recolher os cartões individuais de identificação dos Beneficiários excluídos do plano ou outros documentos fornecidos pela operadora, e encaminhá-los à sede da **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos ônus resultantes do uso indevido desses documentos, estando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário.

§1º Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

§2º O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de reembolso das despesas e indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

TÍTULO XVI – SUSPENSÃO E RESCISÃO

Art. 114. A partir do primeiro dia de atraso no pagamento, a **CONTRATADA**, a seu critério, a qualquer tempo e após a cientificação da **CONTRATANTE**, poderá proceder com a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a

CONTRATADA denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 115. Rescinde-se também este contrato, ocorrendo:

I – Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da **CONTRATANTE** ou por qualquer Beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;

II – Redução do número de vidas em quantidade inferior ao mínimo estipulado no Resumo de Contratação/Proposta.

III – utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

IV – Omissão ou distorção de informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

V – Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste Contrato.

Parágrafo único – A **CONTRATANTE** evitará a rescisão do contrato caso exclua o autor do ilícito, bem como do respectivo grupo familiar a que ele estiver vinculado.

Art. 116. Estando vigente por prazo indeterminado, o contrato poderá ser denunciado imotivadamente por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§1º Na hipótese de a **CONTRATANTE** denunciar o contrato ou der causa à rescisão, nos termos do artigo anterior, durante o período da vigência inicial, está se obriga a pagar à **CONTRATADA** multa pecuniária equivalente a **50% (cinquenta por cento)** do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo em decorrência dos produtos contratados (tomando como base para o cálculo a média dos 3 (três) últimos faturamentos gerados antes da ocorrência que gerou justa causa para rescisão), que servirá como patamar mínimo de perdas e danos, ressalvando o seu direito de exigir indenização suplementar, tal como autoriza o parágrafo único do artigo 416 do Código Civil (Lei nº 10.406).

§2º A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o aviso prévio previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão imotivada de Beneficiários.

Art. 117. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato, ou permanência do Beneficiário, cessa no último dia do prazo da denúncia contratual, ou na data prevista para a exclusão do Beneficiário, excluído voluntária ou compulsoriamente, correndo as despesas a partir daí por conta da **CONTRATANTE**.

Art. 118. É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos Beneficiários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo,

sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Seção Única – Dos Demitidos e Aposentados (Arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98)

Art. 119. Os demitidos sem justa causa e os aposentados mantidos no plano, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, que se obrigarem a pagar diretamente à **CONTRATADA** as mensalidades, estarão sujeitos às disposições deste instrumento.

Art. 120. O atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará, sempre, a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do valor devido, sem prejuízo de a **CONTRATADA** excluir os inadimplentes do contato e pleitear judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Parágrafo único. A **CONTRATADA** se obriga a notificar o Beneficiário titular com pelo menos dez dias de antecedência antes da suspensão ou exclusão referida no caput.

Art. 121. Será excluído deste contrato o grupo familiar cujo integrante tenha:

- I – Praticado qualquer ato ilícito na utilização do objeto deste contrato;
- II – Utilizado indevidamente o cartão individual de identificação UNIMED;
- III – omitido ou distorcido informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- IV – Descumprido as condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Art. 122. O Beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão do plano, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência. A falta de comunicação implica a subsistência das obrigações assumidas.

Art. 123. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do Beneficiário.

Art. 124. É obrigação do Beneficiário titular, na hipótese de exclusão do contrato, providenciar a devolução de todos os cartões de identificação dos Beneficiários, e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelas despesas e prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

TÍTULO XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 125. Integram a presente contratação a declaração de saúde, a Tabela Referencial, o guia do Beneficiário, guia de leitura contratual, as disposições de propostas ou termos de adesão/admissão, ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos Beneficiários.

Art. 126. Os Beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 127. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

Art. 128. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços não cobertos pelo contrato ou, quando houver cobertura, eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de suspensão ou cumprimento de carência, após o término da relação contratual ou atendimento a Beneficiário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a CONTRATANTE a reembolsar à CONTRATADAS quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 129. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Art. 130. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos Beneficiários, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 131. A CONTRATADA poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 132. Se qualquer das partes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições deste contrato, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de qualquer forma afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas, como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido, não implicando perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 133. A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo, solicitar à CONTRATANTE, documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, por exemplo, carteira profissional, e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS, documentos que comprovem o grau de parentesco de dependentes e certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à CONTRATANTE, enviá-los em até 72 (setenta e duas) horas à CONTRATADA, sob pena de exclusão contratual do

Beneficiário cuja elegibilidade não tenha sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

Art. 134. A CONTRATANTE, por si e por seus Beneficiários, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos Beneficiários como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos cooperados/assistentes, ou pelos serviços credenciados, e utilizarão da codificação expressa na CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª REVISÃO, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

Parágrafo único. As Partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, e a **CONTRATADA** fica responsável em tomar todas as precauções necessárias para manter o sigilo técnico sobre o fluxo de informações obtidas em decorrência das atividades descritas no objeto deste instrumento, obedecendo ao que determina o Código de Ética Médica.

Art. 135. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Parágrafo único. As Partes destacam que a responsabilidade da **CONTRATADA** limita-se à cobertura definida expressamente neste instrumento, considerando-se o rol de procedimentos taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos Beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente incluídos neste contrato ou no rol de procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não têm cobertura.

Art. 136. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus Beneficiários, cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**, independentemente da data de início do tratamento, bem como, os sinistros havidos com as coberturas médicas hospitalares, previstas ou não neste contrato, que a **CONTRATADA** possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial em decorrência de ação ajuizada por Beneficiário, independentemente do motivo.

Art. 137. O guia de serviço de saúde será disponibilizado no Portal Corporativo (site) da **CONTRATADA** na Internet, de acordo com a RN nº 486 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no qual constará a relação de prestadores próprios, cooperados e credenciados disponíveis para cada plano contratado.

Seção I – Das Definições

Art. 138. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I-BENEFICIÁRIO(S): é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços ora pactuados, na qualidade de titular ou dependentes.

II – CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os Beneficiários.

III – CONTRATADA: é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, neste caso, a UNIMED NACIONAL, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos Beneficiários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio dos médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

IV – PROPOSTA: Documento pelo qual vincula-se ao Contrato demais pessoas jurídicas na condição de Subcontratantes e que consta indicação dos produtos contratados pela empresa e suas respectivas características e condições comerciais.

V – RESUMO DE CONTRATAÇÃO: Documento parte integrante do presente documento, onde está qualificada a parte CONTRATANTE, os produtos contratados e as suas respectivas características e condições comerciais.

Art. 139. Também são assim definidos:

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

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

III. AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A CONTRATADA não adota essa alternativa em seus contratos.

IV. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

V. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do Beneficiário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

VI. CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, ou da data da adesão ao plano, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

VII. CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do Beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano, podendo ser disponibilizada tanto na forma física quanto na virtual, por liberalidade da CONTRATADA.

VIII. CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS da respectiva segmentação assistencial contratada.

IX. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas em norma do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998) e procedimentos de alta complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistente.

X. CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

XI. CONTRAPRESTAÇÃO: valor pago à CONTRATADA em contrapartida às obrigações assumidas, podendo ser fixa e mensal (mensalidade) ou ainda em razão da utilização específica da cobertura.

XII. CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de livre adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

XIII. CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação de emprego ou estatutária, podendo abranger ainda, conforme previsão contratual, os sócios, administradores, demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes, e respectivos grupos familiares.

XIV. CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, tais como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais, cooperativas que congreguem membros de categorias, podendo abranger, conforme previsão contratual, os respectivos grupos familiares.

XV. CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XVI. COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.

XVII. CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujos valores são aferidos por meio de tabelas pré-definidas ou correspondentes àqueles cobrados pelos prestadores de serviço, podendo ser acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

XVIII. DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) e DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): definem critérios cujo atendimento é condição para que haja direito à cobertura dos procedimentos específicos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); sem o cumprimento das exigências (critérios das diretrizes) a operadora não estará obrigada a dar a cobertura do procedimento.

XIX. DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

XX. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o Beneficiário (ou seu responsável) tenha conhecimento antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatada por exame pericial de admissão.

XXI. ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

XXII. EMERGÊNCIA: é o evento que implicar risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXIII. EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

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

XXV. EXAMES BÁSICOS: exames não classificados como PAC e sem DUT.

XXVI. EXAMES ESPECIAIS: exames classificados como PAC e/ou com DUT.

XXVII. EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o Beneficiário seja portador antes da contratação.

XXVIII. GUIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

XXIX. HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA, CATEGORIA DIFERENCIADA OU PRIMEIRA LINHA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços, acima dos praticados pelos demais estabelecimentos do mercado, não se sujeitando a tabela de referência de terceiros.

XXX. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o Beneficiário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

XXXI. MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

XXXII. MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas e coparticipação pecuniária previstas no contrato.

XXXIII. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXXIV. PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

XXXV. PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo(a) CONTRATANTE; produto.

XXXVI. PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

XXXVII. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): são aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

XXXVIII. PRÓTESE: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

XXXIX. RECEITA ou INGRESSO: é o valor total arrecadado pela CONTRATADA, compreendendo as mensalidades, a coparticipação, se houver, e, ainda, eventual faturamento em custo operacional (preço pós-estabelecido).

XL. RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS PELA OPERADORA: são aqueles colocados à disposição do Beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar e diagnose, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

XLI. RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS PRÓPRIOS: todo recurso físico, hospitalar ou ambulatorial, de propriedade da CONTRATADA, e ainda, profissional assalariado ou cooperado da CONTRATADA.

XLII. ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que referência os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).

XLIII. SISTEMA NACIONAL UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos, constantes da relação entregue à CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos Beneficiários.

XLIV. TABELA DE REFERÊNCIA ou REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato.

XLV. TERAPIAS: são procedimentos e eventos de saúde, realizados por médicos e/ou profissionais da saúde, que visam ao tratamento da origem, sintoma e natureza das doenças do corpo (patologias somáticas), da mente (patologias psíquicas) e a inter-relação entre corpo e mente (patologias psicossomáticas).

XLVI. URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

XLVII. SADT: Serviços de apoio de diagnóstico e terapias.

Seção II – Da Conduta Profissional e Empresarial Recomendável

Art. 140. A CONTRATADA envidará todos os esforços para cumprimento dos itens abaixo, uma vez que são práticas observadas e valorizadas pela(s) CONTRATANTE(S), de modo geral, e recomendável a todas as empresas, a saber:

Art. 141. Buscar o desenvolvimento sustentável da sociedade como um todo.

Art. 142. Adotar práticas socialmente responsáveis, comprometendo-se com o bem-estar de seus colaboradores e/ou pessoas que indireta ou diretamente lhe prestam serviços,

proporcionando-lhes condições adequadas e que não sejam prejudiciais ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social; e

Art. 143. Obter as certificações existentes para o seu setor de atuação.

Art. 144. Respeitar toda e qualquer legislação do meio ambiente, especialmente, preservando-o e não cometendo atos e/ou omissões danosas ao meio ambiente, observando, inclusive as normas quanto à destinação de eventuais resíduos decorrentes da sua própria atividade, sendo declarado ainda, a não utilização de insumos objeto de exploração ilegal de recursos naturais.

Art. 145. Não adotar práticas de discriminação de qualquer gênero, dentro ou fora da relação de emprego e/ou de prestação de serviços, especialmente, mas não somente por motivos de sexo, origem, raça, cor, condição física, religião, estado civil, idade, situação familiar ou estado gravídico, dentre outros.

Art. 146. A conduta da **CONTRATADA** perante seus prestadores de serviços, fornecedores e demais parceiros comerciais está definida no Código de Conduta Unimed, que poderá ser consultado pela(s) **CONTRATANTE(S)**, no site www.centralnacionalunimed.com.br / link: Institucional/Quem Somos / Código de Conduta. No mesmo link, está disponível canal de denúncia ao descumprimento dos princípios acima identificados.

TÍTULO XVII – DO SIGILO

Art. 147. A **CONTRATADA** obriga-se, por si, seus empregados, prepostos, profissionais e/ou empresas porventura subcontratadas e/ou terceiros, a manter o mais completo e absoluto sigilo e considerar confidenciais todos os dados, documentos e informações, seja de ordem técnica, comercial ou pessoal, que vier a ter conhecimento em razão deste contrato, inclusive as de caráter negocial, que vier a ter conhecimento pela **CONTRATANTE** não podendo sob qualquer pretexto divulgar, revelar, reproduzir, utilizar, ou dar conhecimento a terceiros estranhos a esta contratação, durante e após a vigência deste instrumento, sob as penas da lei, sem exclusão do cabal arbitramento de perdas e danos pelos prejuízos sofridos.

Art. 148. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pelo uso e divulgação de qualquer espécie de informações da **CONTRATANTE**, em qualquer espécie de mídia, seja eletrônica, escrita ou audiovisual, obtidas durante a prestação de serviço.

Art. 149. A **CONTRATADA** obriga-se a cientificar expressamente todos os profissionais que designar para a execução dos serviços ora contratados, sobre o caráter sigiloso das informações, tomando todas as medidas necessárias para que tais informações sejam divulgadas tão somente àqueles que necessitem ter acesso a elas, para os propósitos deste

contrato, comprometendo-se a fazer com que estes profissionais ou terceiros contratados cumpram as obrigações contidas nesta cláusula.

Art. 150. A obrigação de sigilo e confidencialidade de que trata esta cláusula subsistirá permanentemente, mesmo após o cumprimento das demais obrigações ora estipuladas.

Art. 151. Em caso de divulgação de qualquer informação da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** terá o contrato rescindido e responderá por danos diretos, indiretos ou de qualquer outra natureza, causado a **CONTRATANTE** ou terceiros.

TÍTULO XVIII – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Art. 152. A **CONTRATANTE**, declara por este instrumento, que cumpre toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), alterada pela Lei 13.853/2019, e demais normas setoriais que envolvam proteção de dados e a privacidade de seus titulares, o que deverá ser comprovável por meio de documentação hábil, sendo facultado à **CONTRATADA**, a realização de auditoria em período previamente acordado entre as partes, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

Art. 153. Será considerado dado pessoal, qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável. É considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.

Art. 154. Para os efeitos do presente **CONTRATO**, todo pessoal natural a que se referem os dados pessoais que são objeto de uma atividade de tratamento, nos termos do art. 5º, inciso V da Lei 13.709/2018, serão doravante denominados de os “Titulares”.

Art. 155. Para que a comunicação entre as partes seja fluida, no que se refere à proteção de dados pessoais, as partes deverão mutuamente comunicar o nome e o contato de seu Data Protection Officer ou Encarregado, bem como caso este venha a ser substituído.

Art.156. Para a prestação do serviço contratado, a **CONTRATADA** se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas – inclusive integrantes do Sistema Cooperativo UNIMED – com as quais a **CONTRATADA** realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos Beneficiários –

sobretudo para o fomento de programa de gestão e cuidado à saúde – sempre observando os padrões técnicos e organizacionais necessários para garantia da integridade e confidencialidade dos dados tratados – sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos Beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

Art. 157. Os dados pessoais serão compartilhados com prestadores para, via telefone ou e-mail, fornecimento de informações e acompanhamento do Beneficiário para lhe fornecer orientação de prevenção de doenças, condição de saúde do Beneficiário, hábitos saudáveis, autocuidado e autocontrole entre outras questões, sempre no melhor interesse do Beneficiário.

Art. 158. Caso o Beneficiário não queira ser contatado para a finalidade mencionada no item acima, deverá entrar em contato com a **CONTRATADA** por meio do canal de contato com o time de privacidade e proteção de dados e solicitar a interrupção das abordagens, cabendo à **CONTRATANTE** informar ao Beneficiário a possibilidade de se opor à sua inclusão no referido programa de cuidado à saúde.

Art.159. A **CONTRATANTE** se compromete a tratar os dados pessoais de crianças, mediante o consentimento de, pelo menos, um dos pais ou responsável legal, sempre no atendimento do melhor interesse da criança.

Art. 160. Será considerada criança aquela que, conforme artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, tiver até 12 (doze) anos incompletos.

Art. 161. Fica a cargo da **CONTRATANTE** a coleta do consentimento de um dos pais ou responsável legal da criança que será incluída como dependente ou beneficiária do plano de saúde contratado. Para tanto, deverá entregar o termo de consentimento se comprometendo a informar o Beneficiário, pais ou responsável legal do titular dos dados pessoais sobre a possibilidade e as consequências de não fornecer o consentimento e/ou o canal da **CONTRATANTE** para obtenção de informações sobre a possibilidade de não fornecer o consentimento

Art. 162. A **CONTRATANTE** deverá envidar todos os esforços técnicos e organizacionais para garantir a segurança dos dados pessoais compartilhados com a **CONTRATADA** em razão da relação estabelecida entre as partes por meio do presente contrato.

Art. 163. Para garantir a proteção dos dados pessoais, a **CONTRATADA** orienta a **CONTRATANTE** a inserir em seus contratos de trabalho o dever do profissional manter o necessário sigilo dos dados pessoais, sobretudo quando se tratar de informações sensíveis, assim entendidas aquelas mencionadas no artigo 5º II da Lei nº 13.709/2018, de que tomar conhecimento do exercício de sua atividade.

Art. 164. Sempre que necessário, as partes deverão envidar os melhores esforços para, mutuamente, cumprirem com o que lhe cabe em relação aos direitos dos titulares, mesmo após a rescisão do contrato.

Art. 165. A **CONTRATANTE** deverá comunicar a **CONTRATADA** caso receba alguma requisição referente aos direitos de correção, eliminação, e revogação de consentimento. Tal comunicação deverá ocorrer de imediato ou, no limite, no dia útil seguinte.

Art. 166. Em caso de incidente de segurança envolvendo dados pessoais, a **CONTRATANTE** deverá comunicar de imediato a **CONTRATADA** sobre o incidente, devendo a comunicação conter, no mínimo, as informações mencionadas no artigo 48§1º da Lei 13.709/2018, sem prejuízo de outras informações que lhes forem requeridas pela **CONTRATADA**.

Art. 167. Ficará a cargo da **CONTRATANTE** a realização de notificação à Autoridade Nacional de Proteção de Dados e aos Titulares afetados pelo incidente, cujo conteúdo da notificação deverá ser analisado pela **CONTRATADA**.

Art. 168. Ao término da relação entre as partes e/ou quando a **CONTRATADA** assim solicitar e/ou mediante eventual solicitação do **TITULAR**, deverá a **CONTRATANTE** eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos dados, em caráter definitivo ou não, a critério da **CONTRATANTE**, que tiverem sido tratados em decorrência do **CONTRATO**, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa da **UNIMED** na ocasião oportuna.

Art. 169. Caso a **CONTRATADA** seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente de segurança que envolva dados pessoais que estejam sob responsabilidade do **CONTRATANTE**, fica garantido à **CONTRATADA** o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil, bem como o ressarcimento de quaisquer prejuízos que a **CONTRATADA** arque em razão da falta da **CONTRATANTE**.

TÍTULO XIX – DO PLANO DE REFERÊNCIA

Art. 170. Na data de celebração do presente instrumento, a **CONTRATANTE** foi comunicada que possui o Plano Referência à sua disposição para contratação, conforme determina a Lei nº 9.656/98, com tipo de contratação coletivo empresarial e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob nº 401.149/98-0. Porém, por sua livre iniciativa, a **CONTRATANTE** não se interessou por sua contratação e optou apenas pela contratação dos produtos assinalados no resumo de contratação/Proposta.

TÍTULO XX – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 171. Fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.