

## **Contrato Modelo de Plano de Saúde** **Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, Diagnósticos e Terapias**

**Código de Identificação do Contrato:** "Observar Proposta de Admissão"  
**Produto ANS:** "Observar Proposta de Admissão"

### **PLANO DE SAÚDE DESTINADO PARA A MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR**

#### **A - Qualificação da Contratada**

**UNIMED DE CAPIVARI – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, inscrita no CNPJ sob o n.º 59.499.251/0001-05, Operadora de Planos de Saúde devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob on.º 36.634-0, classificada como Operadora na modalidade de Cooperativa Médica, situada Praça Dr. Cesário Motta, 484, Centro, na cidade de Capivari, Estado de São Paulo, CEP 13.360-000, doravante designada **CONTRATADA**, neste ato representada por Dr. Luiz Antonio Bereta Diretor - Presidente, portador do RG nº 7.188.649-7 e CPF nº 837.205.378-20 e Dr. Fernando Fávoro Piazza Vice - Presidente, portador do RG nº 17.573.638-8 e CPF nº 102.468.158-09, ambos residentes e domiciliados na cidade de Capivari/SP.

#### **B - Qualificação do (a) Contratante**

**PESSOA FÍSICA**, devidamente qualificada na "PROPOSTA DE ADMISSÃO", parte integrante do presente instrumento, doravante designada **CONTRATANTE**.

#### **B1 – Características do produto**

As características do produto contratado estão devidamente especificadas na "PROPOSTA DE ADMISSÃO" que é parte integrante do presente Instrumento jurídico.

### **TEMA I – Atributos do Contrato**

**Art. 1º** - O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades

definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

**Art. 2º** - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## TEMA II – Condições de Admissão

**Art. 3º** - São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes, em observância aos dispositivos a seguir.

**Art. 4º** - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- I - O cônjuge;
- II - O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- III - Os (as) filhos (as) naturais, os (as) filhos (as) adotivos (as) e os (as) enteados (as), Somente até completarem 24 (vinte e quatro) anos;
- IV - Os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela;
- V - O (s) filho (s) de qualquer idade comprovadamente incapaz (es);

**Parágrafo Primeiro** - A CONTRATANTE também deverá encaminhar à CONTRATADA, junto com a relação de beneficiários a serem inscritos, a documentação que comprove o vínculo com os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, bem como cópia dos seguintes documentos: CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, certidão de casamento ou de união estável, quando couber e certidão de nascimento dos dependentes filhos.

**Parágrafo Segundo** - A contratada poderá negar a inclusão de beneficiários no plano sempre que a documentação exigida estiver incompleta/insuficiente.

**Art. 5º** - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, **DESDE QUE INSCRITO NO PRAZO MÁXIMO DE TRINTA DIAS DO NASCIMENTO**

## OU DA ADOÇÃO.

**Art. 6º** - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

## TEMA III – Coberturas e Procedimentos Garantidos

**Art. 7º** - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste instrumento, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

**Art. 8º** - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

**Art. 9º** - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

**Art. 10º** - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

**Art. 11º** - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

**Art. 12º** - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

## COBERTURAS AMBULATORIAIS

### EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

**Art. 13** - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a)** Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados ou credenciados e número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- b)** Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c)** Procedimentos de fisioterapia, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d)** Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e)** Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f)** Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
  - a.** atividades educacionais;
  - b.** consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
  - c.** atendimento clínico;
  - d.** sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
  - e.** implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo;
- g)** Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
  - a.** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

- b. quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - c. radioterapia ambulatorial;
  - d. procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
  - e. hemoterapia ambulatorial;
  - f. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
- i) Procedimentos para a detecção de COVID-19, desde que previstos no Rol de Procedimentos da ANS.

### **COBERTURAS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:**

**Art. 14** - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, **EM ESTABELECIMENTO PRÓPRIO OU CREDENCIADO PELA CONTRATADA**, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior ao contratado, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela CONTRATADA;
- b) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

- g)** Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- h)** Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, 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;
- i)** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, 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;
- j)** Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:
- a.** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b.** quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - c.** procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
  - d.** hemoterapia;
  - e.** nutrição parenteral e enteral;
  - f.** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
  - g.** embolizações;
  - h.** radiologia intervencionista;
  - i.** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - j.** procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia);
- k)** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção;
- l)** Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

- m)** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n)** Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- o)** Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- p)** Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;
- q)** Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:
- a. CUSTEIO INTEGRAL DE PELO MENOS 30 (TRINTA) DIAS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA;**
- b. QUANDO A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA ULTRAPASSAR OS 30 (TRINTA) DIAS DE INTERNAÇÃO CONTÍNUOS OU NÃO, POR ANO DE CONTRATO, HAVERÁ O CUSTEIO PARCIAL DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR DE CADA DIÁRIA EXCEDENTE, POR CONTA DO BENEFICIÁRIO, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO;**
- c. O CUSTEIO PARCIAL PREVISTO NO ITEM ANTERIOR É EXCLUSIVO PARA INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E NÃO SE ESTENDE ÀS DEMAIS INTERNAÇÕES;**
- r)** A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.
- s)** Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:
- a.** Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- i.as despesas assistenciais com doadores vivos;
- ii.os medicamentos utilizados durante a internação;

- iii.o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- iv.as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**b.** Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;

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

## TEMA IV – Exclusões de Cobertura

**Art. 15 - EM CONFORMIDADE COM O QUE PREVÊ O ARTIGO 10 DA LEI Nº. 9656/98, E RESPEITANDO AS COBERTURAS MÍNIMAS OBRIGATÓRIAS PREVISTAS NA LEI E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, ESTÃO EXCLUÍDOS E NÃO SERÃO COBERTOS PELO PLANO DE SAÚDE ORA CONTRATADO OS SEGUINTE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS:**

**I.TRATAMENTO ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;**

**II.TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;**

**III. TRATAMENTO DE INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;**

**IV.FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;**

**V.ATENDIMENTO DOMICILIAR, INCLUINDO ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR E REMOÇÃO DOMICILIAR, EXCETO NOS CASOS EM QUE A**



**INTERNAÇÃO DOMICILIAR SEJA OFERECIDA PELA CONTRATADA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR;**

- VI. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CITEC;**
- VII. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**
- VIII. QUAISQUER ATENDIMENTOS EM CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**
- IX. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, CIRURGIAS PLÁSTICAS EM GERAL, COM FINALIDADE ESTÉTICA, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA ESTE FIM;**
- X. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;**
- XI. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCETO CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS, QUE NECESSITEM DE AMBIENTE HOSPITALAR E A ESTRUTURA HOSPITALAR NECESSÁRIA À REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO, QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;**
- XII. DESPESAS COM HOSPITAIS, MÉDICOS E ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS E NÃO RELACIONADAS NO GUIA MÉDICO OFERECIDO PELA CONTRATADA, EXCETO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;**
- XIII. TRANSPLANTES, À EXCEÇÃO DE CÓRNEA E RIM, E DOS TRANSPLANTES AUTÓLOGOS E ALOGÊNICOS CONFORME ROL DE PROCEDIMENTOS EM VIGÊNCIA;**
- XIV. ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM;**
- XV. ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL, ANTES DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;**

**XVI.APLICAÇÃO DE VACINAS;**

**XVII.EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;**

**XVIII.ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;**

**XIX.TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS;**

**XX.PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;**

**XXI.INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGÜINIDADE;**

**XXII.PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE NA DATA DO EVENTO OU QUE NÃO APRESENTE AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO ESTABELECIDAS PELO ROL EM VIGOR;**

**XXIII.CONSULTAS DOMICILIARES.**

## **TEMA V – Duração do Contrato**

**Art. 16** – O presente contrato vigorará por prazo indeterminado.

**Art. 17** – Considerar-se-á o início de vigência do presente contrato a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do presente contrato instrumento jurídico ou da data de pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

## **TEMA VI – Período de Carência**

**Art. 18 - AS COBERTURAS PREVISTAS PELO PLANO CONTRATADO SOMENTE PASSAM A VIGORAR DEPOIS DE CUMPRIDOS OS PRAZOS DE CARÊNCIA A SEGUIR DESCRITOS, CONTADOS A PARTIR DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE ADESÃO POR PARTE DO BENEFICIÁRIO:**

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência / Emergência	<b>24 (VINTE E QUATRO) HORAS</b>
Consultas e Exames Básicos	<b>30 (TRINTA) DIAS</b>
Exames especiais / Terapias Simples / Fisioterapia	<b>90 (NOVENTA) DIAS</b>
Procedimentos Ambulatoriais	<b>180 (CENTO E OITENTA) DIAS</b>
Exames/Terapias/Procedimentos Alta Complexidade	<b>180 (CENTO E OITENTA) DIAS</b>
Hemodiálise / Diálise / Quimioterapia	<b>180 (CENTO E OITENTA) DIAS</b>
Internações Clínicas e Cirúrgicas	<b>180 (CENTO E OITENTA) DIAS</b>
Demais Procedimentos	<b>180 (CENTO E OITENTA) DIAS</b>
Parto a Termo	<b>300 (TREZENTOS) DIAS</b>

## TEMA VII – Doenças e Lesões Preexistentes

**Art. 19** - Doenças ou Lesões Preexistentes-DLP são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas na RN nº 162/07.

**Art. 20** - O BENEFICIÁRIO DEVERÁ INFORMAR À CONTRATADA, QUANDO EXPRESSAMENTE SOLICITADO NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE O CONHECIMENTO DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À ÉPOCA DO INGRESSO E/OU ADESÃO AO PRESENTE CONTRATO, SOB PENA DE CARACTERIZAÇÃO DE FRAUDE, FICANDO SUJEITO À RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO, CONFORME O DISPOSTO NO INCISO II DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 13 DA LEI Nº 9.656/1998.

**Art. 21** - Ao preencher a DECLARAÇÃO DE SAÚDE o beneficiário, ao seu critério, poderá ser orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores da CONTRATADA, sem qualquer ônus financeiro.

**Art. 22** - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, ele poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**Art. 23** - O preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE acompanhado por um médico orientador é denominado de ENTREVISTA QUALIFICADA.

**§ Único** - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, documento onde serão declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão e da fraude às informações.

**Art. 24** - Ao ser declarado pelo beneficiário, ou constatada em perícia, a existência de doença e lesão preexistente a CONTRATADA oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

**Art. 25** - Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

**Art. 26** - 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 e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**Art. 27** - Instaurado o processo administrativo na ANS, a CONTRATADA não poderá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

**Art. 28** - Na instauração do processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

**Art. 29** - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença, ou da lesão preexistente.

**Art. 30** - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

**Art. 31** - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

**Art. 32** - **Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar que lhe foi prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente omitida, desde a data da efetiva comunicação por parte da operadora, além de ter seu contrato de plano de saúde unilateralmente rescindido.**

**Art. 33** - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando 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** - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária - CPT, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando estes estiverem relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente do beneficiário.

**Art. 35** - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no site [www.gov.br/ans/pt-br](http://www.gov.br/ans/pt-br).

**Art. 36** - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**Art. 37** - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

## TEMA VIII – Atendimentos de Urgência e Emergência

**Art. 38** - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura integral ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

**I - URGÊNCIA**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no

processo gestacional; e

**II - EMERGÊNCIA**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Art. 39** - A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

**Art. 40** – Nos casos de carência previstos no Tema XI do presente contrato a cobertura de urgência e emergência será prestada por, no máximo, 12 (doze) horas em ambulatório, ou em período inferior caso surja necessidade de internação, nos seguintes casos:

**I. Nos atendimentos de urgência e emergência referentes a complicações no processo gestacional, quando o beneficiário ainda estiver cumprindo os períodos de carência para cobertura obstétrica;**

**II. Nos atendimentos de urgência e emergência quando o beneficiário ainda estiver cumprindo os períodos de carência para internação; e**

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

**Art. 41** - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

### **DA REMOÇÃO:**

**Art. 42** - A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

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

II. Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir necessidade de internação.

## **DA REMOÇÃO PARA O SUS:**

**Art. 43** - À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

**Art. 46** - Quando não puder haver 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.

**Art. 47** - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

**Art. 48** - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

**Art. 49** - A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não foi possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA.**

**Art. 50** - **Todo e qualquer reembolso oriundo do presente contrato será realizado com base nos valores da TABELA DE REFERÊNCIA utilizada pela operadora – TABELA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB/92 - à disposição para fins de consulta na sede administrativa da CONTRATADA.**

**Art. 51** - **O prazo para a CONTRATADA efetuar o reembolso será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:**

- a. **Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;**
- b. **Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta**

**hospitalar;**

- c. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais.**
- 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. Demais Documentos que comprovem os valores dispendidos no atendimento de urgência/emergência.**

**§1º - Os valores dispostos na aludida TABELA DE REFERÊNCIA não serão inferiores àqueles praticados pela CONTRATADA no pagamento aos seus prestadores.**

**§2º - Os beneficiários terão até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência, para solicitar o reembolso, sob pena de prescrição desse direito, tal como determina o Código Civil Brasileiro.**

**Art. 52 - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência devidamente comprovados.**

## **TEMA IX – Acesso à Livre Escolha de Prestadores**

**ART. 53 – O PRESENTE CONTRATO NÃO PREVÊ O ACESSO À LIVREESCOLHA DE PRESTADORES, LIMITANDO À REDE CREDENCIADA DA CONTRATANTE.**

### **I - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**Art. 54 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.**



§1º - A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

**§2º - PARA A FRUIÇÃO DOS DIREITOS E VANTAGENS DESTES CONTRATOS, É CONDIÇÃO OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO, PELOS BENEFICIÁRIOS, DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO, ACOMPANHADO DE UM DOCUMENTO ORIGINAL DE IDENTIDADE COM FOTO LEGALMENTE RECONHECIDO.**

§3º - Na hipótese de rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário por qualquer motivo, é obrigação da CONTRATANTE devolver os respectivos Cartões Individuais de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços.

§4º - Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato, por escrito à CONTRATADA, em 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão da 2ª via.

§5º - Salvo nos casos de substituição do Cartão Individual de Atendimento por conta da CONTRATADA, **PARA EMISSÃO DA 2ª VIA DO CARTÃO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO, SERÁ COBRADA UMA TAXA DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS), PODENDO SER REAJUSTADA, CONFORME CONDIÇÕES PREVISTAS NO "TEMA XII – REAJUSTE"**.

## TEMA X – Mecanismos de Regulação

### II - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

**Art. 55 – A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através dos médicos cooperados, bem como serviços e hospitais próprios ou credenciados para o plano de saúde objeto desta contratação, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se no "GUIA MÉDICO".**

**Parágrafo Único – Será disponibilizado aos beneficiários regularmente inscritos, no site da Unimed Capivari ([www.unimedcapivari.com.br](http://www.unimedcapivari.com.br)), o "GUIA MÉDICO", que orientará e informará sobre a relação dos prestadores de serviços deste plano de saúde.**

**Art. 56 – As consultas deverão ser agendadas previamente pelos beneficiários, nos telefones e endereços contantes no “GUIA MÉDICO” da CONTRATADA.**

**Art. 57 – Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e de diagnóstico serão prestados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação de “Guia de Solicitação de SADT” emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.**

**Art. 58 – As internações serão realizadas nos hospitais e pronto-socorro próprios e/ou credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência na forma prevista no presente contrato, mediante apresentação de “Guia de Internação” emitida pelo médico assistente, com as justificativas da internação, o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para internação.**

**§1º - Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento, para providenciar o documento mencionado, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.**

§2º - O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela CONTRATADA.

§3º - O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogada de acordo com solicitação do médico assistente.

**Art. 59 – À exceção das consultas médicas, todas as demais coberturas e procedimentos garantidos pelo presente contrato somente serão realizados após emissão de autorização prévia por parte da CONTRATADA, podendo ser obtida eletronicamente no local do atendimento ou, nos casos de impossibilidade, na sede administrativa da CONTRATADA.**

**Art. 60 – A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para procedimentos ambulatoriais, internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.**

**Art. 61** – A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços prestados neste instrumento, observando os trâmites legais, conforme art. 17da Lei 9656/98, desde que:

I.A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvadas desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor;

II.Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

III.Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

IV.Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa;

V.A substituição dos demais prestadores não-hospitalares da rede assistencial, será realizada mediante comunicação aos beneficiários com trinta dias de antecedência, ressalvadas desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor;

### **III – COPARTICIPAÇÃO**

**Art. 62** – A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA, após a realização do procedimento.

**§ Único** – As regras gerais para cobrança de coparticipação seguirão aquilo que está previsto na proposta de adesão assinada pelo beneficiário titular, assim como o período para que a cobrança ocorra de fato, sendo que estes valores serão cobrados em conjunto com a mensalidade.

## **TEMA XI – Formação de Preço e Mensalidade**

**Art. 63** – A formação de preço do presente contrato é pré-estabelecida.

**Art. 64 - A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, via fatura mensal, a importância estipulada no presente contrato, que foi obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas de cada um dos beneficiários inscritos no plano.**

**Art. 65 -** Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) estiver enquadrado, conforme tabela de preços prevista na proposta de adesão, observando os reajustes que ocorrerem anualmente.

**Art. 66 -** As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações serão disponibilizadas, pela CONTRATADA, a qualquer tempo, para consulta dos beneficiários.

**Parágrafo Único –** Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

**Art. 67 –** A data de vencimento da fatura mensal do plano de saúde contratado estará prevista na Proposta de Adesão.

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

**Parágrafo Segundo –** Quanto a responsabilidade financeira será do titular do contrato caso não haja indicação de um terceiro como responsável financeiro.

**Art. 68 - Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.**

**Parágrafo único: O boleto do plano de saúde poderá ser obtido no site da CONTRATADA dentro do Portal do Beneficiário.**

**Art. 69 -** Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

**Art. 70 - A CONTRATADA se reserva o direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.**

## TEMA XII – Reajuste

**Art. 71** - Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das mensalidades será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.

**Art. 72** - Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

**Art. 73** - Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

## TEMA XIII – Das Faixas Etárias

**Art. 74** - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos associados que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

**Art. 75** – As faixas etárias deste contrato seguem a tabela abaixo:

<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>	
<b>1ª Faixa</b>	<b>De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;</b>
<b>2ª Faixa</b>	<b>De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;</b>
<b>3ª Faixa</b>	<b>De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;</b>
<b>4ª Faixa</b>	<b>De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;</b>
<b>5ª Faixa</b>	<b>De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;</b>
<b>6ª Faixa</b>	<b>De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;</b>
<b>7ª Faixa</b>	<b>De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;</b>
<b>8ª Faixa</b>	<b>De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;</b>
<b>9ª Faixa</b>	<b>De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;</b>
<b>10ª Faixa</b>	<b>De 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;</b>

**Art. 76** - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

- I.O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II.A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

**Art. 77** - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

**Art. 78** - Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

## TEMA XIV – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

**Art. 79** - A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

I.Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a. pela rescisão do presente contrato;
- b. pela prática de fraude, como utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o beneficiário, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos;
- c. nos casos de omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no respectivo processo administrativo.

II.Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

- a. Pela perda da condição de dependência na forma prevista pelo presente contrato;
- b. Por pedido do beneficiário titular;
- c. Pela prática de fraude, como a utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o beneficiário, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos;
- d. nos casos de omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de

Saúde Suplementar – ANS, no respectivo processo administrativo.

**Art. 80** - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

**Art. 81** - O disposto no artigo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

## TEMA XV – Rescisão / Suspensão

**Art. 82** - O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

**Art. 83** - A rescisão unilateral por parte da Contratada também poderá ocorrer por fraude comprovada.

**Art. 84** - O presente contrato rescindir-se-á também por iniciativa do CONTRATANTE, a qualquer tempo, podendo ser realizado presencialmente ou através dos canais de atendimento CONTRATADA.

**Parágrafo único:** Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo usuários em período de internação, ou mensalidades/ contraprestações pecuniárias em aberto, compromete-se o CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas.

## TEMA XVI – Disposições Gerais

**Art. 85** - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela CONTRATADA no padrão de acomodação contratado, será garantido aos beneficiários o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

**Art. 86** - 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. 87** - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e

empregados da CONTRATADA, o CONTRATANTE deverá realizar:

- I. reclamação escrita para o endereço da CONTRATADA; ou
- II. reclamação através da Ouvidoria da CONTRATADA, disponível no endereço eletrônico:  
[www.unimedcapivari.com.br](http://www.unimedcapivari.com.br); ou
- III. Pessoalmente na Sede Administrativa da CONTRATADA;

**Art. 88** - QUALQUER TOLERÂNCIA NÃO IMPLICA PERDÃO, NOVAÇÃO, RENÚNCIA OU ALTERAÇÃO DO PACTUADO.

**Art. 89** - A CONTRATADA não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não.

**Art. 90** - TODO E QUALQUER HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA OU DE ALTO CUSTO, INCLUSIVE OS DISPOSTOS A SEGUIR, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DO PRESENTE CONTRATO, AINDA QUE, EVENTUALMENTE, FAÇAM PARTE DOS SERVIÇOS CONTRATADOS DE QUALQUER COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED:

- a. **BAHIA:** HOSPITAL ALIANÇA, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ESPANHOL, HOSPITAL SANTO AMARO E HOSPITAL SÃO RAPHAEL;
- b. **RIO GRANDE DO SUL:** HOSPITAL MÃE DE DEUS, HOSPITAL MOINHO DE VENTO E INSTITUTO DE CARDIOLOGIA;
- c. **SÃO PAULO:** HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL NOVE DE JULHO, INCOR E ASSOCIAÇÃO SANATÓRIO SÍRIO HOSPITAL DO CORAÇÃO; HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL SÃO LUIZ;
- d. **RIO DE JANEIRO:** CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ, CLÍNICA BAMBINA LTDA, CLÍNICA SOROCABA S/A, CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA LTDA, OH-DAY HOSPITAL S/C LTDA, HOSPITAL BARRA D'OR, HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA, CLÍNICA PERINATAL LARANJEIRAS, CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, HOSPITAL QUINTA DOR, PRÓ-CARDÍACO E HOSPITAL SAMARITANO.

**Art. 91** - As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1931/09 e suas atualizações, do Conselho Federal de Medicina.

**Art. 92** - A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à CONTRATADA em relação aos dados constantes na PROPOSTA DE ADESAO, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.



**Art. 93** - A CONTRATANTE, por seus beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

**Art. 94** - É obrigação da CONTRATANTE em comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço de seus beneficiários, sendo que se assim não proceder estará isentando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

**Art. 95** - Em conformidade com o disposto na RN 195/2009 a CONTRATADA disponibilizará em seu site o Manual de Orientação para Contração de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

**Art. 96** - ESTE CONTRATO FOI ELABORADO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, ASSIM, QUALQUER ALTERAÇÃO DAS NORMAS QUE IMPLIQUE EM NECESSÁRIA MODIFICAÇÃO DO QUE AQUI FOI PACTUADO, PODERÁ ENSEJAR AJUSTE DAS CONDIÇÕES, INCLUSIVE COM POSSÍVEIS REFLEXOS NA CONTRAPRESTAÇÃO.

**Art. 97** – A CONTRATANTE, em decorrência do presente instrumento e para o bom andamento da prestação dos serviços declara EXPRESSO CONSENTIMENTO e AUTORIZA a coleta, tratamento e armazenamento dos dados obtidos por parte da CONTRATADA.

**Art. 98** – A CONTRATADA, compromete-se que a utilização dos dados seja limitado às atividades necessárias para o alcance das finalidades do serviço contratado ou, quando for o caso, ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD.

**Art. 99** – A CONTRATANTE, compromete-se a tratar os dados pessoais obtidos com seus titulares de acordo com as bases legais previstas nas hipóteses dos arts. 7º, 11 e/ou 14 da Lei 13.709/2018 às quais se submeterão os serviços, e para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular.

## TEMA XVII – Eleição do Foro

**Art. 100** - 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.