



www.unimedguarulhos.coop.br
 Avenida Paulo Faccini, 900
 07111-000 - Jardim Barbosa - Guarulhos-SP
 T. (11) 2463-8000

GUARULHOS - SP
 DIGITALIZADO Nº
386535
 1º Oficial de Registro de
 Títulos e Documentos

Termo aditivo de retificação ao Contrato de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares registrado no 1º Oficial de Registro de Imóveis e Anexos da Comarca de Guarulhos-SP sob o nº 151.403.

I. Considerando o devido registro dos produtos da CONTRATADA na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 400.956./99-8 Regional Enfermaria; nº 400.958/99-4 Regional Apartamento; nº 438.843/02-7 Regional Enfermaria Participativo; nº 438.844/02-5 Regional Apartamento Participativo; nº 444.129/03-0 Referencia; nº 444.130/03-3 Padrão; nº 444.131/03-1 Integral; nº 444.132/03-0 Supremo; nº 444.133/03-8 Referencia Participativo; nº 444.134/03-6 Padrão Participativo; nº 444.135/03-4 Integral Participativo; nº 444.136/03-2 Supremo Participativo.

II. Considerando a necessidade de retificar determinadas disposições inicialmente previstas no Contrato de Prestação de Serviços Médicos, de Diagnóstico e Terapia e Hospitalares registrado no 1º Oficial de Registro de Imóveis e Anexos da Comarca de Guarulhos-SP sob o nº 151.403.

Serve o presente instrumento para retificar as disposições contratuais apresentadas a seguir, a fim de atender as condições devidamente registradas na ANS, de modo que passam a ser regidas conforme o texto abaixo:

Cláusula Primeira - Retifica-se, o Título II – Das Definições para atualizar as definições do contrato, que com o passar dos anos e com as novas normativas tiveram um novo entendimento, conforme segue em destaque:

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 usuário, 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 usuários não têm direito às coberturas contratadas.

VII - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, data de nascimento, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano, que pode ser a via física ou digital disponibilizada no aplicativo da Unimed.

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: participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, 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 CONTRATADA 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 usuário (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 usuário, 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 usuário. São considerados EXAMES BÁSICOS de diagnóstico e terapias: **a)** análises clínicas; **b)** histocitopatologia; **c)** eletrocardiograma convencional; **d)** eletroencefalograma convencional; **e)** endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica; **f)** exames radiológicos simples sem contraste; **g)** exames e testes alergológicos; **h)** exames e testes oftalmológicos; **i)** exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; **j)** inaloterapia; **k)** prova de função pulmonar; **l)** teste ergométrico; **m)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos. São considerados EXAMES ESPECIAIS de diagnóstico e terapia: **a)** eletroencefalograma prolongado; **b)** ultrassonografia; **c)** tomografia computadorizada; **d)** ressonância nuclear magnética; **e)** ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; **f)** densitometria óssea; **g)** laparoscopia diagnóstica; **h)** medicina nuclear; **i)** eletrocardiografia dinâmica (holter); **j)** monitorização ambulatorial de pressão arterial; **k)** fisioterapia; **l)** radiologia com contraste; **m)** videolaringoscopia computadorizada; **n)** videolaparoscopia diagnóstica; **o)** eletromiografia; **p)** eletroneuromiografia. São considerados PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS: **a)** hemodiálise e diálise peritonial - CAPD (Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua); **b)** angiografia; **c)** polissonografia; **d)** hemoterapia ambulatorial; **e)** cirurgias oftalmológicas; **f)** mapeamento cerebral; **g)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; **h)** embolizações e radiologia intervencionista; **i)** oxigenoterapia hiperbárica; **j)** litotripsia.

XXV - 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 usuário seja portador antes da contratação.

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

XXVII - 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.

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

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

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

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

XXXII - PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

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

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

XXXV - 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.

XXXVI - 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.

XXXVII - 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).

XXXVIII - RECURSOS, REDE ou SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS PELA CONTRATADA: são aqueles colocados à disposição do usuário 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.

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

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

XLI - 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 usuários.

XLII - 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.

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

XLIV - CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os usuários.

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

XLVI - USUÁRIO: é a pessoa física inscrita no plano que usufruirá os serviços ora pactuados, na qualidade de titular ou dependentes.

Cláusula Segunda – Serve o presente para retificar o artigo 8º e artigo 9º do Título III – Dos Regimes de Contratação, bem como para incluir as disposições relacionadas a RN 309, substituindo o texto inicialmente pactuado pelo texto abaixo em destaque:

Art. 8. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de usuários menor que 30 (trinta), haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, bem como exigência de cumprimento de prazos de carência.

Art. 9. Na hipótese do número de usuários torna-se superior a 30 (trinta), as partes comporão novo acordo quanto ao valor das mensalidades, bem como exigências de prazo de carências.

Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização ou nas respectivas datas de aniversário a massa populacional inscrita seja inferior a 30 (trinta) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

O cálculo do reajuste mencionado no item 1 acima, apurará as "receitas" e "despesas" de todos os contratos constantes no agrupamento da CONTRATADA, levará em consideração a seguinte fórmula:

Reajuste = Reajuste Técnico + Reajuste Financeiro

Reajuste Técnico = Sinistralidade Apurada / Sinistralidade Meta – 1

Reajuste Financeiro = IPCA

Para apuração do reajuste a ser aplicado nos contratos constantes do agrupamento, será considerado o limite técnico de 75% e adotado o IPCA, ou outro índice que vier a substituí-lo, para o cálculo do reajuste financeiro.

Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA, porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste.

Enquanto a CONTRATANTE fizer parte do agrupamento de contratos da CONTRATADA mencionado no item 1 acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos itens acima.

Alterando o contrato para trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo deixará de compor o agrupamento mencionado no item 1 acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto no Título XI – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA das Condições Gerais do Contrato.

Os valores previstos no presente objeto 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.

Aos contratantes que manifestaram expressamente serem contrários a adesão ao agrupamento, supramencionado, onde seu contrato permanecerá inalterado, porém, de acordo com a RN nº 309, não será permitida a inclusão de novos usuários, exceto novos cônjuges e filhos.



Cláusula Terceira - Resolvem as partes revisar o texto do Capítulo II – Da Adaptação de Contrato, Migração, e Mudança de Plano Seção III DA MUDANÇA DE PLANO, ficando substituído o texto do artigo 13, passando a vigorar com a seguinte redação:

Art. 13. Após decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de inclusão no instrumento de comercialização, o usuário poderá mudar para outro plano contratado, observando a tabela de preços deste novo plano.

Em caso de mudança para um plano **mais oneroso**, no qual o usuário terá acesso a profissionais, padrão de acomodação em internações, serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, este deverá cumprir as carências descritas no quadro de carências previstas no quadro abaixo em destaque coluna B.

Internação para parto a termo e demais internações hospitalares, o prazo limite de carência na hipótese de mudança de plano será de 180 (cento e oitenta) dias, as demais regras no quadro abaixo em destaque coluna B, se aplicam na íntegra.

A mudança para um plano **menos oneroso** somente será feita após análise da utilização do usuário, observando-se o abaixo descrito:

- a) Havendo internação hospitalar, a **mudança será feita decorridos 12 (doze) meses** da data da última internação do usuário;
- b) Não havendo internação hospitalar, a mudança será feita decorrido o prazo de **180 (cento e oitenta) dias de inscrição no plano anterior;**

Fica estabelecido entre as partes, que titulares e dependentes dentro do mesmo grupo familiar deverão possuir a mesma categoria de plano.

Cláusula Quarta – A Unimed Guarulhos, com o objetivo de viabilizar o acesso do beneficiário de forma ágil e tecnológica aos dados da rede de atendimento que o plano contratado lhe proporciona, disponibiliza no site da CONTRATADA, APP, ou outras tecnologias que venha a substituir. Nestes termos, serve o presente instrumento para formalizar a revisão do Artigo 14, parágrafo quarto abaixo em destaque:

Art. 14. A CONTRATADA assegurará aos usuários 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 do plano.

§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 usuário, ao utilizar-se dos serviços, deverá confirmar as informações contidas no Guia, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada. O Guia Médico ficará disponível no site da CONTRATADA, APP, ou outras tecnologias que venha a substituir.

Cláusula Quinta – As Partes pactuam a revisão do Título V Dos Usuários, ficando o texto inicialmente pactuado substituído pelo texto abaixo em destaque:

Art. 22º. A CONTRATANTE deverá obrigatoriamente atender as condições de admissão abaixo especificadas:

- a) Apresentar à CONTRATADA os documentos que comprovem que a empresa foi constituída há, no mínimo 6 (seis) meses (certificado de microempreendedor individual, Requerimento de Empresário Individual, ou outros documentos que confirmem sua inscrição em órgãos competentes), bem como sua regularidade junto à Receita Federal no momento da contratação, e sempre que solicitado pela CONTRATADA;
- b) Relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do artigo 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;
- c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:
 - c.1) Instrumento de Comercialização e Condições Gerais do Produto;
 - c.2) Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de beneficiários inscritos for inferior a 30 (trinta), ou caso o beneficiário solicite sua inclusão no plano após o prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato, ou depois de transcorrido 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.
 - c.3) A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 23º. O presente plano poderá ser destinado às seguintes pessoas, consideradas usuários titulares:

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

Parágrafo único. No instrumento de comercialização serão definidas quais pessoas figurarão como usuários titulares, observada a relação do caput.

Art. 24º. Podem ser inscritos como usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao usuário titular:

- a) O cônjuge;
- b) Os filhos solteiros até 23 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,
- e) Os filhos comprovadamente inválidos.



§1º. Se houver disposição específica no instrumento de comercialização, poderão ser incluídos no contrato outros integrantes do grupo familiar, desde que tenham com o usuário titular parentesco consanguíneo até o terceiro grau, ou até o segundo grau de parentesco por afinidade.

§2º O ingresso do grupo familiar e sua permanência no plano, dependerá da participação do usuário 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 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.

Art. 25º. 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 usuário, 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 usuário adotante ou responsável legal, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o ato;
- iii. Do cônjuge ou convivente do usuário 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 usuário titular.
- iv. Dos novos usuários 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 e III 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. 26. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, com todos os dados exigidos, e cópia dos respectivos documentos que comprovem as informações enviadas e exigidas pela norma para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo os seguintes documentos obrigatórios: cópia do RG que contenha o nome do beneficiário legível e o nome da sua mãe; cópia do CPF do beneficiário titular e seus dependentes, comprovante de endereço residencial com CEP (comprovante deverá obrigatoriamente conter o nome do beneficiário titular), cópia do PIS/PASEP, cópia do Cartão Nacional de Saúde, comprovante de elegibilidade dos dependentes (certidão de nascimento ou casamento), sendo responsabilidade da CONTRATANTE manter os dados atualizados e enviar eventuais complementações, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor.

§1º A CONTRATANTE também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste plano, e de que maneira, de forma a garantir ao usuário 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.



www.unimedguarulhos.coop.br
Avenida Paulo Faccini, 900
07111-000 - Jardim Barbosa - Guarulhos-SP
T. (11) 2463-8000



Art. 27. O pedido de inclusão dos usuários constitui declaração da existência de vínculo entre a CONTRATANTE e o usuário titular, e de relação entre este e os usuários eventualmente indicados como seus dependentes, podendo ser solicitada comprovação a qualquer tempo, inclusive reserva-se o direito de solicitar os documentos que comprovem a regularidade cadastral da empresa CONTRATANTE junto à Receita Federal e aos demais órgãos competentes.

Art. 28. A CONTRATANTE se obriga a comunicar, por escrito, conforme datas limites previstas no instrumento de comercialização e no calendário de movimentação cadastral enviado ao CONTRATANTE, as inclusões e alterações de usuários para os efeitos deste plano, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema da CONTRATADA. As exclusões de usuários deverão seguir as regras deste contrato quanto o motivo de exclusão for diverso da vontade do beneficiário titular, nas hipóteses em que a exclusão for motivada pela vontade do beneficiário do titular a mesma regra deverá obrigatoriamente seguir as regras estabelecidas na RN nº 412 da ANS.

Art. 29. É vedada a inclusão de beneficiários anteriormente excluídos do plano, sem cumprimento do período de 180 (cento e oitenta) dias de carência para quaisquer coberturas, exceto os casos caracterizados como urgência e emergência, que, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição, terão as coberturas definidas neste instrumento.

Parágrafo único – Nas hipóteses em que o beneficiário titular solicitar o cancelamento/exclusão do plano, conforme as regras estabelecidas na resolução normativa RN 412 da ANS, durante a vigência do contrato, e após a exclusão seja solicitada a inclusão deste beneficiário a empresa CONTRATANTE fica ciente de que o mesmo deverá cumprir todas as carências contratuais, e eventuais Coberturas Parcial Temporárias – CPT, mesmo as que ele já cumpriu, conforme determinado na normativa ora referenciada.

Cláusula Sexta – As Partes pactuam a revisão do Capítulo V Das Condições de Permanência do Plano, ficando o texto inicialmente pactuado substituído pelo texto abaixo em destaque:

Art. 30. No caso de a CONTRATADA disponibilizar planos exclusivos para ex-empregados, o instrumento de comercialização deverá dispor se haverá a manutenção em um mesmo plano contratado para os empregados ativos e também para os empregados com vínculo inativo (aposentados, exonerados ou demitidos sem justa causa, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656), ou se a contratação será em planos separados.

§1º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, é obrigatório que a empresa empregadora firme os contratos com uma única operadora, e no caso de encerramento ou cancelamento de uma modalidade de vínculo empregatício (ativo ou inativo), a outra também deverá ser encerrada ou cancelada.

§2º Existindo mais de uma operadora contratada, os demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados deverão permanecer vinculados à contratação da operadora em que anteriormente estavam inscritos quando da vigência da relação de emprego, bem como seu eventual grupo familiar.

Art. 31. Os beneficiários terão ciência dos valores distribuídos em faixa etária, ainda que a CONTRATANTE tenha negociado preço único para os empregados ativos, cujo critério para a sua determinação constará do instrumento de comercialização, bem como as condições de seu financiamento.

Parágrafo único. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações estarão disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

Seção I – Do Demitido

Art. 32. Nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 1998, ao usuário titular que contribuir para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou

Página 9 de 37



exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário - e dos respectivos usuários 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 A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º O período de manutenção da condição de usuário 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. 33. Conforme disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, ao usuário 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 usuário - e dos respectivos usuários 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 A obrigação de pagamento integral da contraprestação obedecerá aos critérios de faixa etária definidos no contrato, exceto quando prevista forma diversa no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

§2º 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. 34. 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 no momento em que 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. 35. 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 usuário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 36. 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 no instrumento de comercialização/Proposta de Adesão.

Art. 37. 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 artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, e nos termos do disposto neste contrato.

Art. 38. 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. 39. A CONTRATADA poderá exigir da CONTRATANTE prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

§1º O usuário titular que não contribuir para o plano em seu próprio nome, não fará jus ao direito de permanecer vinculado ao contrato coletivo, 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. 40. Caso de outra maneira não seja acordada, a CONTRATADA efetuará a cobrança das mensalidades diretamente aos usuários demitidos, exonerados e aposentados, desde que estes assumam a responsabilidade pelo pagamento e se sujeitem às regras definidas para os casos de inadimplência.

Art. 41. A CONTRATANTE deverá enviar a relação dos usuários 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. 42. 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. 43. 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, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 438/2018, e suas posteriores alterações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV - Do Plano Individual/Familiar



Art. 44. Nos planos coletivos com vínculo empregatício, no caso de a CONTRATANTE decidir não mais contratar plano para seus empregados, estes poderão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, ingressar em um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA disponha de plano ativo para comercialização nessa modalidade.

§1º Somente gozarão do aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos os usuários dependentes então inscritos no plano coletivo encerrado.

§2º O valor da mensalidade corresponderá ao preço de comercialização vigente na data da contratação do plano individual/familiar.

Art. 45. As despesas incorridas com beneficiário internado ou em atendimento domiciliar, excluído do plano, voluntária ou compulsoriamente, serão de responsabilidade da CONTRATANTE. A responsabilidade definida no caput desta cláusula subsistirá mesmo nas hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656.

Cláusula Sétima – As Partes pactuam a revisão do Título VI Cartão Individual de Identificação, do contrato para formalizar que a Unimed Guarulhos disponibilizará aos novos beneficiários inclusos no plano e aos que já estão inscritos, de forma virtual, o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, bem como implanta mecanismos tecnológicos de verificação de identidade dos beneficiários na rede de atendimento, adicional, com os novos recursos implantados, não será mais necessário que o beneficiário imprima os resultados exames realizados na rede própria, já que são disponibilizados on-line. Nestes termos, cumpre atualizar o texto do artigo 34 das Condições Gerais do Contrato, passando o texto a vigorar conforme abaixo em destaque:

Art. 34º. A CONTRATADA disponibilizará aos beneficiários de forma virtual o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive 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 usuário esteja regularmente inscrito. O cartão virtual tem a mesma finalidade do cartão físico, sendo aceito por todos os prestadores e cooperados da Unimed de Guarulhos.

Parágrafo Primeiro. Para acesso ao cartão virtual, os beneficiários deverão baixar o aplicativo disponível nas lojas Play Store ou App Store. A busca pelo aplicativo deve ser realizada conforme as orientações da Unimed Guarulhos disponíveis em seus canais de comunicação, os beneficiários deverão realizar o cadastro pessoal para uso. Para mais informações e orientação de como usar o APP, os beneficiários poderão entrar em contato com nosso Serviço de Atendimento ao cliente disponível 24hs através do número 0800-770-2500.

Parágrafo Segundo. Caso haja necessidade da via física do cartão individual de identificação, este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da Unimed Guarulhos, podendo ser cobrada a emissão da segunda via do cartão de acordo com o valor vigente a época da solicitação.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA, com o objetivo de garantir a segurança jurídica e certificar a identidade e elegibilidade de seus beneficiários durante a vigência do contrato, utilizará sistema tecnológico para reconhecimento da identidade dos beneficiários podendo ser ele biometria facial, reconhecimento de digital ou outra tecnologia substituta a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Quarto. A coleta dos dados será realizada na rede de atendimento da Unimed Guarulhos no ato da identificação do paciente/beneficiário antes da realização do atendimento, com o objetivo de viabilizar o atendimento e assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o usuário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.

Parágrafo Quinto. Com implemento de novas tecnologias e com o objetivo de proporcionar um uso sustentável de seus recursos, a CONTRATADA passará a disponibilizar de forma eletrônica os resultados dos exames realizados em sua rede própria, ficando a critério dos beneficiários a sua impressão caso seja imprescindível o uso do documento. O beneficiário fica ciente ainda que os médicos da rede de atendimento da Unimed Guarulhos, com observância aos critérios de sigilo médico, com a anuência do beneficiário, poderão ter acesso aos resultados dos exames por meio da plataforma eletrônica padronizada pela CONTRATADA.

Parágrafo Sexto - Os beneficiários, para terem acesso a qualquer serviço oferecido pela Unimed Guarulhos, deverão solicitar nos canais de atendimento (atendimento presencial, APP, site e outros que vierem a compor o portfólio de canais). da Unimed Guarulhos autorização prévia para o mesmo, salvo nos casos de urgência e emergência.

Cláusula Oitava – As Partes pactuam a revisão do Título VII Dos Planos no Capítulo I Da Cobertura, do contrato para formalizar que atualização das cláusulas conforme abaixo em destaque:

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 38º. A CONTRATADA assegurará aos usuários 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 anestesiológico 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. 39. Está garantido o fornecimento, por meio da rede própria, 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).

Art. 40. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no 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.

Seção I - Da Cobertura da Segmentação Ambulatorial

Art. 41º. A Segmentação Ambulatorial compreende os atendimentos realizados nos recursos próprios da Unimed Guarulhos ou credenciados, 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 realizadas, em número ilimitado, 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, 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), 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;

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.

Art. 42º. A cobertura da segmentação ambulatorial não inclui (a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio; (b) quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação; e (c) embolizações.

Seção II - Da Cobertura da Segmentação Hospitalar

Art. 43º. Durante a internação, clínica ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, dentro dos recursos próprios, 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 usuários 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 conforme descrito no Rol de Procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica;

c) radioterapia;

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 listadas no Rol de Procedimentos da ANS.

Art. 44º. 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 usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, obrigatoriamente, deverá estar inscrita em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção, caso contrário, estará excluída a cobertura;

IV - 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 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. 45º. 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 usuário, 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. 46º. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos.

§1º O usuário 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 usuário conforme definido no instrumento de comercialização.

§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. 47º. Ocasionalmente, havendo indisponibilidade do tipo de leito hospitalar previsto neste contrato, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, desde que nos estabelecimentos próprios ou contratados por meio deste plano.

Art. 48º. 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. 49º. 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. 50º. 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;

V - 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;

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 - Para contratação de acomodação coletiva (enfermaria): despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de um acompanhante para paciente menor de 18 (dezoito) anos e para maiores de 60 (sessenta) anos e para portadores de necessidades específicas, observadas as condições próprias do estabelecimento hospitalar;

- IX - Para contratação de acomodação individual (apartamento): despesas de acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pelo estabelecimento) e acomodação de um acompanhante;
- X - Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XI - Cirurgias para mudança de sexo;
- XII - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIII - 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;
- XIV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XV - Inseminação artificial, assim entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XVI - Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVII - Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- XVIII - Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- XIX - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XX - Aplicação de vacinas;
- XXI - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXII - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XXIII - Remoção domiciliar;
- XXIV - 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;
- XXV - 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;
- XXVI - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
- XXVII - Procedimentos relacionados à saúde ocupacional tais como exames admissionais, demissionais, periódicos etc.



Art. 51º. 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.

Cláusula Nona – Não obstante, serve formalizar que o CONTRATANTE participará no pagamento dos procedimentos de transtorno psiquiátrico, conforme preconiza as normas vigentes no limite de até 50% do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 dias por ano decorrente, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro, conforme abaixo em destaque:

A CONTRATANTE participará no pagamento dos procedimentos de transtorno psiquiátrico realizados pelos usuários, no limite de até 50% do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 dias por ano decorrente, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro, pela chamada "coparticipação", que, nos termos da regulamentação, define-se como a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Parágrafo único. Integrarão a mensalidade os valores apurados a título de coparticipação.

Cláusula Décima - Resolvem as partes revisar o texto do Título VIII – Das Carências, para substituir o quadro de carências inicialmente pactuado pelo quadro abaixo em destaque:

CARÊNCIA NORMAL		
Descrição	A – Inscrição dentro do prazo (*)	B - Inscrição Fora de Prazo (**)
A) Urgências e Emergências	24 horas	24 horas
B) Consultas Eletivas	15 dias	30 dias
C) Exames Básicos	15 dias	60 dias
D) Fisioterapias (por sessão)	60 dias	90 dias
E) Exames Especiais	90 dias	120 dias
F) Procedimentos Ambulatoriais Básicos	90 dias	120 dias
G) Procedimentos Ambulatoriais Especiais	120 dias	180 dias
H) Terapias (por sessão)	120 dias	180 dias
I) Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias	180 dias
J) Internações Psiquiátricas e Dependência Química	180 dias	180 dias
K) Parto a Termo	300 dias	300 dias
L) Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados com a Doença ou Lesão Preexistente.	24 meses	24 meses

Obs.: Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificado como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado especial.

- * Considera-se inclusão dentro do prazo aquela em que o usuário titular e dependente é inscrito no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da obtenção da condição que lhe propiciou o ingresso no plano (obtenção da elegibilidade).
- ** considera-se inclusão fora do prazo aquela em que o usuário é inscrito após os prazos de obtenção da elegibilidade citados acima.

• Serve formalizar no que tange aos prazos de carência no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários não poderão ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o

beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Cláusula Décima Primeira- Resolvem as partes revisar o texto do Título IX – Da Coparticipação, para alterar o percentual de coparticipação em caso de internação psiquiátrica, alterando de 90% para 50%, conforme abaixo em destaque:

Procedimentos	Regional	Referência Padrão e Integral	Supremo
Consultas (eletivas, urgência e emergência)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 15,00
Exame e procedimentos simples	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 10,00
Exames e procedimentos especiais, procedimentos ambulatoriais e terapias	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
Internações clínicas e cirúrgicas em enfermaria	R\$ 75,00	R\$ 110,00	R\$ 130,00
Internações clínicas e cirúrgicas em apartamento	R\$ 110,00	R\$ 130,00	R\$ 200,00
Dependência Química	50% do valor da internação	50% do valor da internação	50% do valor da internação
Internações Psiquiátricas	50% do valor da internação	50% do valor da internação	50% do valor da internação

Obs.: Todo Procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificado como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.

Cláusula Décima Segunda- Resolvem as substituir o texto do Título X – Das Lesões e Doenças Preexistentes, conforme abaixo em destaque:

Art. 58. Para efeito deste contrato, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 59. É condição prévia para inclusão do usuário 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 usuário 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. 60. Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, 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 usuário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 61. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, 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 usuário 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 usuário ou seu representante legal, ou constatadas por perícia.

Art. 62. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses de permanência ininterrupta do usuário no plano contratado.

Art. 63. Se for identificado indício de fraude por parte do usuário, 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 usuário 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 usuário 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. 64. 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 usuário 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.

Cláusula Décima terceira- A Unimed Guarulhos trabalha com a modalidade de fatura digital, que consiste no envio do boleto de cobrança (fatura mensal da Unimed Guarulhos) que consiste na disponibilização do boleto no aplicativo do cliente, no site da Unimed Guarulhos www.unimedguarulhos.coop.br, ou em qualquer outra tecnologia que venha a ser implantada acompanhando os avanços tecnológicos, em substituição ao envio de correspondência física, nestes termos serve para incluir no contrato no Título XI as disposições relativas a fatura digital.:

- I. As mensalidades do plano Unimed Guarulhos deverão ser pagas através da fatura/boleto disponibilizada no site e aplicativo da Unimed Guarulhos ou em outros canais que possam a ser disponibilizados mediante novas tecnologias que venham a surgir.
- II. A Unimed Guarulhos trabalha com a modalidade de fatura digital, que consiste na disponibilização do boleto no aplicativo do cliente, no site da Unimed Guarulhos www.unimedguarulhos.coop.br, ou em qualquer outra

tecnologia que venha a ser implantada acompanhando os avanços tecnológicos, em substituição ao envio de correspondência física. Vale destacar que, fica(m) a(s) CONTRATANTE(S) ciente(s) de que se não consiga(m) acesso ao boleto que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, no prazo de até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora.

- III. Caberá ao CONTRATANTE, antes de efetuar o pagamento das faturas, certificar o nome do favorecido que deve constar: UNIMED DE GUARULHOS-COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, o CNPJ: 74.466.137/0001-72 e o banco de destino do pagamento, com o objetivo de evitar que o pagamento seja realizado a pessoas terceiras, alheias a essa relação contratual. A CONTRATADA não se responsabiliza por pagamentos realizados sem que esse processo seja feito pelo CONTRATANTE, bem como informa que nos casos que a CONTRATADA identifique que os dados de nome do favorecido, o CNPJ: 74.466.137/0001-72 e o banco de destino estejam diferentes do informado neste instrumento, que a CONTRATANTE não formalize o pagamento e imediatamente entre em contato com a CONTRATADA.

Cláusula Décima Quarta – Resolvem as partes alterar o percentual de multa caso ocorra impontualidade no pagamento da mensalidade, incidindo sobre o valor do débito multa de 2% (dois por cento), bem como serve formalizar que a Unimed Guarulhos dispõe de empresa terceirizada de cobrança e que nas hipóteses de inadimplência, o CONTRATANTE poderá ter seu nome registrado nos serviços de proteção de crédito, em consequência dos artigos 62 do contrato, sendo que passará a vigorar com a seguinte redação:

Art. 62 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 IPCA, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 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.

§1º A CONTRATADA dispõe de serviço de cobrança de débitos terceirizada, ficando a CONTRATANTE ciente que na eventualidade de ficar inadimplente poderá receber contato de cobrança de empresas terceiras. Adicional, a CONTRATANTE declara ter ciência que o atraso no pagamento da mensalidade acarretará no registro de seus nomes no SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO – SPC e na Centralização de Serviços dos Bancos S/A – SERASA, até que seja efetuada a quitação da inadimplência.

§2 A CONTRATADA poderá adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe agrade, podendo inclusive ser por telefone, SMS/WhatsApp, e-mail e correspondência e/ou por outras formas disponíveis no mercado.

Cláusula Décima Quinta – A partir da vigência do presente instrumento altera-se também o índice de variação para aplicação de reajuste com base na correção monetária, que deixa de ser aplicado com base no IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, passando a ser adotado o índice aplicado pelo IPCA,



divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Caso o contrato venha a fazer parte do agrupamento para fins de reajuste nos termos da RN nº 309, permanece inalterado o índice do IGP-M

Cláusula Décima Sexta – Altera-se o artigo 67 do contrato, mais especificamente no que se refere sobre a fórmula para cálculo do reajuste técnico, passando a vigorar com a seguinte redação:

Artigo 67. Nos termos da lei, o primeiro reajuste das mensalidades e inscrições ocorrerá no primeiro aniversário da vigência do contrato, sendo os demais a cada 12 meses, contados do último reajustamento, tomando-se sempre por base a correção do IPCA, bem como o percentual de reajuste técnico apurado, conforme periodicidade e fórmulas abaixo:

a) **Fórmula:** Será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = \text{máximo} \left(\frac{SIA}{SIR} - 1, 0 \right)$$

Onde:

SIA = Sinistralidade observada do contrato;
SIR = Sinistralidade requerida.

b) Compõem a sinistralidade as despesas médicas e/ou hospitalares com:

- a) Honorários médicos sobre as consultas e outros procedimentos, inclusive os decorrentes de ressarcimento ao SUS;
- b) Diárias e taxas hospitalares;
- c) Materiais e medicamentos.

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), contados da data em que a CONTRATADA tomar ciência dessa despesa ou da data em que for determinado por decisão proferida em processo administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme normas aplicáveis à espécie.

- i. Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 309, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização ou nas respectivas datas de aniversário a massa populacional inscrita seja inferior a 30 (trinta) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:
- ii. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades será reajustado **anualmente**, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

- iii. O cálculo do reajuste mencionado no item i. apurará as "receitas" e "despesas" de todos os contratos constantes no agrupamento da CONTRATADA, levará em consideração a seguinte fórmula:
- Reajuste = Reajuste Técnico + Reajuste Financeiro
Reajuste Técnico = Sinistralidade Apurada / Sinistralidade Meta – 1
Reajuste Financeiro = IGP-M
- iv. Para apuração do reajuste a ser aplicado nos contratos constantes do agrupamento, será considerado o limite técnico de 75% e adotado o IGP-M ou outro índice que vier a substituí-lo, para o cálculo do reajuste financeiro.
- v. Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento da **CONTRATADA**, porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste.
- vi. Enquanto a **CONTRATANTE** fizer parte do agrupamento de contratos da **CONTRATADA** mencionado no item i ao iv acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos itens i ao iv acima.
- vii. Alterando o contrato para trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo deixará de compor o agrupamento mencionado acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste.
- viii. Os valores previstos neste artigo 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.

Cláusula Décima Sétima – Resolvem as partes pactuar as condições para aplicação de reajustes, caso estes não ocorram no mês de aniversário do contrato, passando assim a vigorar conforme as seguintes disposições:

Cláusula I. Em caso de não aplicação do reajuste no mês de sua incidência, por motivo de negociação entre as partes, será emitida fatura complementar relativa ao reajustamento retroativo.

§1º. Os valores complementares de que trata o caput deste artigo serão parcelados na mesma quantidade de meses em que seria devido à aplicação do reajuste e que devido à negociação não ocorreu.

§2º. Aplicam-se as disposições deste artigo aos beneficiários inativos que estejam em gozo dos benefícios garantidos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Cláusula Décima Oitava – Retifica-se ainda nestes termos, para excluir a cobrança de multa em caso de rescisão antes do prazo de um ano, atualizando os termos do artigo 74 pelo texto abaixo em destaque:

Art. 74. 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. Durante o prazo de cumprimento de aviso prévio, as mensalidades do plano deverão ser pagas normalmente, sem que para tanto isso represente qualquer penalidade para ambas as partes.

§1º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica a subsistência das obrigações assumidas.

§2º. Durante o prazo de denúncia previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários, salvo nas hipóteses da RN nº 412 da ANS.



Art. 75 Na hipótese da(s) CONTRATANTE(S) descumprirem qualquer cláusula do presente instrumento, esta(s) se obriga(m) a pagar à CONTRATADA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor da mensalidade do mês da ocorrência, 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 vigente, podendo o contrato ser rescindido motivadamente pela parte prejudicada.

Cláusula Décima Nona – Fica acordada a inclusão das disposições da RN nº 424 da ANS, ficam estabelecidas as seguintes regras que deverão ser observadas para a realização de junta médica ou odontológica, conforme abaixo em destaque:

A CONTRATADA se reserva o direito de exigir perícia médica ou odontológica, podendo ser na modalidade presencial ou a distância. A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador, para intimações ou outros procedimentos em situações de divergência, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Cláusula Vigésima – Fica acordada a inclusão das seguintes responsabilidades da CONTRATANTE na relação contratual, a partir da vigência do presente instrumento:

I. São de responsabilidade da CONTRATANTE os custos financeiros e advocatícios de toda e qualquer Notificação de Intermediação Preliminar – NIP que seja originada pelos beneficiários vinculados ao seu contrato, mesmo que pertencente a uma Subestipulante.

§1º Tal responsabilização ocorrerá quando for identificada a prática de conduta ativa ou omissiva, mediante dolo ou culpa, pelo beneficiário ou seu profissional assistente, que sujeite esta operadora a obrigação que não esteja de acordo com os critérios estabelecidos em contrato, na legislação vigente ou que não atenda aos requisitos administrativos para realização ou andamento da solicitação, implicando diretamente em infração a um dispositivo legal. O repasse da penalidade pecuniária ocorrerá na fatura subsequente a fixação do valor pela ANS.

II. Havendo constatação de fraude/omissão no preenchimento da declaração de saúde acerca da exigência de Doença ou Lesão Preexistente – DLP por parte do beneficiário, a CONTRATANTE responderá/arcará com os custos que a CONTRATADA venha a ter dentro do período de 24 (vinte e quatro) meses previsto na RN nº 162/2007, mesmo que a constatação seja posterior a esse período.

Cláusula Vigésima Primeira – Conforme disposições da RN nº 412 da ANS ficam estabelecidas as seguintes regras que deverão ser observadas para as exclusões dos beneficiários titulares:

- a) Caberá a CONTRATANTE solicitar a exclusão ou suspensão dos usuários;
- b) As exclusões serão processadas a partir do momento da ciência da CONTRATADA por parte da CONTRATANTE;
- c) A solicitação de cancelamento formalizada por vontade do beneficiário titular, após a ciência da CONTRATADA, suspende os efeitos do contrato para o beneficiário titular e seus dependentes;

- d) Após a solicitação de cancelamento do contrato serão apurados os valores para eventual ressarcimento ou cobrança posteriormente;
- e) Somente será realizada a exclusão do plano diretamente pelo beneficiário titular empregado se comprovado pelo solicitante que foi comunicado a CONTRATANTE e esta não cientificou a CONTRATADA no prazo de 30 (trinta) dias;

As disposições acima não descartam a observância das demais regras previstas na RN nº 412/2016 da ANS.

Cláusula Vigésima Segunda – Considerando que a Unimed de Guarulhos Cooperativa de Usuários de Assistência médica encerrou as suas atividades, serve o presente instrumento para revogar o CAPÍTULO III DA USIMED. Adicional serve formalizar que a Unimed Guarulhos tem parceria com a Drogeria SP para concessão de desconto na aquisição de medicamentos, e perfumaria.

Cláusula Vigésima Terceira – Serve o presente para incluir no contrato os artigos descritos abaixo:

TÍTULO XV – DO SERVIÇO ADICIONAL

Medicina Preventiva

Art. 100º Com o objetivo de desenvolver um serviço complementar de cuidados em saúde aos funcionários da empresa, a Unimed Guarulhos ofertará aos seus beneficiários, sem custo adicional, ações integradas de assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste processo, os beneficiários serão orientados a participar de ações focadas a mudanças de hábitos para prevenção de doenças e melhor qualidade de vida.

Art. 101º A Medicina Preventiva da Unimed Guarulhos poderá realizar análise do perfil epidemiológico dos beneficiários vinculados a CONTRATANTE para identificar os beneficiários elegíveis a participar das ações específicas de prevenção e cuidado com a saúde.

Art. 102º Será responsabilidade da empresa CONTRATANTE informar aos seus empregados que a Unimed Guarulhos terá acesso ao dado pessoal, ou seja: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, e aos dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, bem como que a Unimed Guarulhos poderá fazer um contato para convida-los a participar das ações da medicina preventiva.

Art. 103º Por ser um serviço adicional e não obrigatório, a Unimed Guarulhos se reserva o direito de descontinuar os serviços a qualquer momento, sem que para tanto seja necessária a formalização de aditivo contratual, bastando para tanto o envio de uma notificação ao CONTRATANTE e aos beneficiários inclusos no programa.

Telemedicina

Art. 104º Com o objetivo de viabilizar o atendimento aos beneficiários de forma ágil e tecnológica, a Unimed Guarulhos ofertará aos seus beneficiários, **sem custo adicional**, um canal de atendimento para a realização da Telemedicina, a fim de esclarecer dúvidas relacionadas a queixas agudas de baixa complexidade; esclarecimento de dúvidas sobre medicações prescritas; dúvidas sobre vacinas; orientações em geral de saúde sobre pós-operatório, especialidades a que procurar, medicações em uso; para o correto direcionamento de pacientes com DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis aos devidos especialistas para acompanhamento continuado de saúde; para viabilizar a promoção à saúde; direcionamentos ao canal de atendimento adequado, baseado na avaliação clínica e complexidade identificada, que compreendem: médicos especialistas aos funcionários da empresa.

Art. 105º Será responsabilidade da empresa CONTRATANTE informar aos seus empregados que a Unimed Guarulhos terá acesso aos dados pessoais, ou seja: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, e aos dados pessoais sensíveis, qual seja: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, bem como que a CONTRATADA Unimed Guarulhos, poderá realizar contato com os beneficiários para convidá-los a participarem das ações da medicina preventiva.

Art. 106º Por ser um serviço adicional e não obrigatório, a CONTRATADA Unimed Guarulhos se reserva o direito de descontinuar os serviços a qualquer momento, sem que para tanto seja necessária a formalização de aditivo contratual, bastando para tanto o envio de uma notificação a CONTRATANTE e aos beneficiários.

Cláusula Vigésima Quarta – Resolvem as partes atualizar e incluir as disposições relativas à proteção de dados:

TÍTULO XVI – DA PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

Art. 107. Com o objetivo de moldar a relação pactuada às disposições contidas na Lei Geral de Proteção de Dados - Lei 13.709/2018 ("LGPD"), as partes procederão com os serviços de forma a viabilizar a observância às regras da LGPD, comprometendo-se mutuamente ao cumprimento e adequação às leis de proteção de dados, além das normas e dos regulamentos adotados pelas competentes autoridades.

Art. 108. Inicialmente, para compreensão dos termos desta cláusula que trata da Proteção de Dados e da Privacidade, no âmbito dos dados pessoais tratados, neste ou em decorrência deste contrato, apresenta-se as seguintes definições:

- A) **Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD):** Órgão da administração pública responsável por zelar implementar e fiscalizar o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados em todo território nacional;
- B) **Controlador (a):** Pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
- C) **Dados Anonimizados:** Dados relativos ao titular que não possam ser identificados, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento. Se um dado for anonimizado, a LGPD não se aplicará a ele;
- D) **Dados Criptografados:** Dados legíveis transformados, por meio de técnicas e algoritmos matemáticos, em códigos. Essa transformação dificulta a legibilidade dos dados e a identificação do seu titular;

- E) **Dados Pessoais:** É o conjunto de informações que podem identificar uma determinada pessoa ou torná-la identificável. O conjunto de informações distintas, por meio de vários pontos de dados, podem trazer à identificação de uma pessoa;
- F) **Dados Pessoais Sensíveis:** Dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- G) **Encarregado de Dados (ou Data Protection Officer – “DPO”):** O encarregado de dados (ou DPO) com formação interdisciplinar atuará junto de uma equipe multidisciplinar com conhecimentos legais, de tecnologia e segurança da informação administrando todos os fluxos de tratamento de dados da sua empresa, desde sua coleta até sua difusão ou extração e eliminação. Esse profissional também atuará como canal de comunicação entre integrantes do Comitê de Proteção de Dados, a empresa contratada para atuar como Encarregada de Dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD);
- H) **Operador (a):** Pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do (a) controlador(a);
- I) **Titular dos Dados:** Pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento; e,
- J) **Tratamento de Dados:** Toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Art. 109. IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES DO CONTRATO:

EMPRESA EMPREGADORA: Pessoa jurídica pública ou de direito privado que firma contrato com a CONTRATADA, para ofertar benefício consistente em prestação de serviço em saúde para os seus respectivos colaboradores que manifestem adesão ao benefício;

CONTRATADA: é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano contratado, nos termos deste instrumento, por meio dos médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada. Responsável pela prestação do serviço em saúde aos colaboradores da EMPRESA EMPREGADORA;

BENEFICIÁRIO: Pessoa física vinculada à EMPREGADORA para quem foi estipulada a prestação de serviço em saúde;

DEPENDENTE: Pessoa física vinculada ao beneficiário, que faz jus ao benefício por disposição legal e manifesta sua vontade de adesão.

Art. 110. IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS:



CONTROLADOR: CONTRATADA
CONTROLADOR EM CONJUNTO: CONTRATANTE EMPREGADORA
OPERADOR: Eventual TERCEIRO que realize tratamento de dados pessoais por determinação do CONTROLADOR ou do CONTROLADOR EM CONJUNTO.

Art. 111. DA REGRA DE INCIDÊNCIA GERAL:

As partes concordam que o processamento de dados pessoais será sempre executado em conformidade com a Lei 13.709, de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente no que concerne aos seus princípios gerais estabelecidos no artigo 6º da referida Lei, bem como das normas derivadas da autorregulação pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e demais órgãos reguladores a que estiverem vinculadas, além das melhores práticas internacionais de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

Neste sentido, as atividades de tratamento de dados pessoais derivadas da execução deste contrato somente poderão ser feitas para alcançar a finalidade do objeto do contrato e/ou para cumprimento de obrigação legal.

Art. 112. DA HIPÓTESE DE CARACTERIZAÇÃO DO CONTRATADA COMO CONTROLADOR (A) DOS DADOS PESSOAIS: A CONTRATADA, denominado daqui por diante CONTROLADOR, em razão dos serviços a serem desenvolvidos para cumprimento do objeto do contrato de prestação de serviços em saúde, necessita realizar o tratamento dos dados pessoais comuns dos beneficiários indicados pelo CONTRATANTE CONTROLADOR EM CONJUNTO.

Para o cumprimento de suas obrigações contratuais e legais, perante órgãos reguladores e governamentais, terá o poder de decisão, sobre os meios, conveniência e oportunidade de realizar o tratamento das informações dos beneficiários indicados pelo CONTRATANTE CONTROLADOR EM CONJUNTO na modalidade de compartilhamento com terceiros, necessários para o cumprimento de referidas obrigações, tendo como premissas a observância da estrita finalidade para o qual o dado foi coletado, sua adequação e efetiva necessidade, zelando pela transparência, segurança e no seu melhor interesse.

Art. 113. DA CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATANTE (EMPRESA EMPREGADORA) COMO CONTROLADORA: A CONTRATANTE (EMPREGADORA) será considerada CONTROLADORA dos dados pessoais comuns ou sensíveis dos seus COLABORADORES compartilhados com a CONTRATADA referente aos dados assistenciais relativos a medicina preventiva, ou dados assistenciais relativos a utilização do plano no que tange a análise de sinistralidade, que eventualmente venham a ocorrer desde que observado o disposto neste contrato.

Art. 114. DA CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATANTE EMPRESA EMPREGADORA COMO CONTROLADORA EM CONJUNTO: A EMPREGADORA será considerada CONTROLADORA EM CONJUNTO dos dados pessoais dos seus COLABORADORES compartilhados com a CONTRATADA, sobre a identificação, localização, além daqueles que vierem a ser compartilhados para a formalização do contrato.

Art. 115. INFORMAÇÕES PRELIMINARES SOBRE POSSÍVEIS TRATAMENTOS DE DADOS PESSOAIS A SEREM REALIZADOS NO ÂMBITO DESSE CONTRATO: Compartilhamento de dados pessoais entre a EMPREGADORA e a CONTRATADA: Para a formalização do negócio jurídico serão realizados entre EMPREGADORA e a CONTRATADA os seguintes tratamentos de dados:

a). Para a formalização do contrato entre AS PARTES os dados pessoais dos respectivos representantes legais, com a finalidade de formalização do contrato e, com fundamento na base legal da execução de contrato, vide artigo 7, V, da LGPD;

b) Com a finalidade de inclusão dos seus colaboradores como beneficiários do plano de saúde ofertado pela CONTRATADA, a EMPREGADORA deverá fornecer, em consonância com a obrigação contida no Anexo da Resolução Normativa 295, de 9 de maio de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os seguintes dados de identificação do beneficiário: a) tipo do vínculo do beneficiário com a empresa empregadora (sócio, proprietário, estagiário, jovem aprendiz, funcionário); b) data de admissão do beneficiário com a empresa empregadora; c) nome do beneficiário; d) data de nascimento do beneficiário; e) nome da mãe do beneficiário; f) número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF do beneficiário; g) número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório para todos os beneficiários a partir de 1º/01/2016); h) número da Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010 (Opcional); i) Informar o estado civil; j) indicação da relação entre o beneficiário dependente e o beneficiário titular; l) Nacionalidade; m) Cópia termo de guarda em caso de filho adotivo.

Art. 116. A EMPREGADORA compartilhará, ainda, para cumprir as formalidades legais exigidas também no Anexo da Resolução Normativa 295, de 9 de maio de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os seguintes dados de localização do beneficiário:

a) indicação de endereço residencial ou profissional; b) número logradouro do beneficiário; c) complemento do logradouro; d) bairro; e) código do município – IBGE do logradouro informado (sem o dígito verificador); f) Código de Endereçamento Postal – CEP para o endereço informado; g) indicação de logradouro situado no exterior; h) código do município – IBGE de residência do beneficiário (sem o dígito verificador), caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional; i) telefone e e-mail.

Art. 117. Os dados pessoais tratados acima, portanto, atendem exigência do órgão regulador em saúde suplementar, modo pelo qual está amparado na base legal estabelecida nos artigos 7, II, e 7, V, ambos da Lei Geral de Proteção de Dados.

Art. 118. Os dados pessoais tratados nos itens anteriores serão COMPARTILHADOS pela EMPREGADORA em planilha ou sistema, com a única finalidade de possibilitar ao CONTRATADO realizar a inclusão dos BENEFICIÁRIOS e dependentes no sistema de cadastro ativo.

Art. 119. DO COMPARTILHAMENTO DE DADOS COM ÓRGÃOS REGULADORES, GOVERNAMENTAIS E JUDICIAIS – O CONTROLADOR esclarece, desde já, ao TITULAR que por exercer atividade regulada, terá, obrigatoriamente, que compartilhar dados pessoais com referidos reguladores e órgãos governamentais, zelando para

que ocorra sem excessos, atendendo às normas de proteção de dados. Da mesma forma, estará o CONTROLADOR obrigado ao compartilhamento de dados pessoais requisitados por órgão judicial ou de polícia para fins investigativos.

Art. 120. DO COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS COM AUDITORES EXTERNOS – Considerando que os custos do plano comercializado pelo CONTROLADOR estão sujeitos a variação em decorrência de usos abusivos e fraudes, visando atender aos interesses do próprio TITULAR e demais beneficiários, o CONTROLADOR realizará periodicamente auditorias de contas médicas, internamente ou por meio de empresa especializada, o que exigirá o compartilhamento de dados pessoais para essa finalidade, mas que ocorrerá dentro dos limites legais impostos pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo disponibilizado ao TITULAR, quando o caso, as informações sobre os AGENTES envolvidos na operação de tratamento de dados em questão de forma prévia e transparente, nos canais de comunicação mantidos com os beneficiários.

Art. 121. DO COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS COM COOPERADOS: Considerando que a CONTRATADA está constituída sob a forma de cooperativa e que o atendimento é prestado pela rede cooperada, em estabelecimentos próprios da CONTRATADA e que a atuação do COOPERADO se desenvolve em favor da prestação do serviço em saúde, este não será considerado agente de tratamento de dados pessoais, exceto se executar tratamento de dados pessoais além das finalidades proposta para o atendimento clínico do titular em questão.

Art. 122. Por outro lado, nos estabelecimentos particulares do COOPERADO, quando este realiza o tratamento de dados pessoais, ele será tido como agente de tratamento de dados:

- a) Na qualidade de OPERADOR sobre os dados que tem acesso através dos sistemas do CONTROLADOR, especialmente sobre identificação, localização, elegibilidade, status clínico, prontuários eletrônicos e resultados de exames médicos, se o caso.
- b) O Cooperado deverá ser tido como agente de tratamento de dados, na qualidade de CONTROLADOR EM CONJUNTO sobre os dados que coletar e enriquecer no atendimento clínico do beneficiário;

Art. 123. Do compartilhamento de dados pessoais com PRESTADORES, MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE – Para execução eficiente e plena do objeto do contrato de trabalho, o CONTRATADO poderá eventualmente necessitar compartilhar dados pessoais do beneficiário com referidos profissionais, seja por motivos operacionais ou mesmo de custo, garantindo-se dessa maneira a eficiente prestação do serviço.

Art. 124. Do compartilhamento de dados pessoais com ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – O CONTRATADO realizará o compartilhamento de dados pessoais com Estabelecimentos de saúde, visando adimplir na íntegra as obrigações contratuais, quando não puder ou estiver indisponível a prestação por meio da sua rede própria, observando-se todas as disposições de proteção de dados e segurança pertinentes.

Art. 125. Do compartilhamento de dados pessoais com empresas CONVENIADAS PARA BENEFÍCIOS PARA O BENEFICIÁRIO E DEPENDENTES – O CONTRATADO tem como uma das suas premissas viabilizar para o beneficiário o acesso aos melhores serviços e produtos para atendimento da sua condição de saúde, estabelecendo,

para serviços e produtos que não sejam parte do seu escopo de contrato, convênios com farmácias e outros fornecedores, por meio dos quais são garantidos descontos para os beneficiários do CONTRATADO.

Art. 126. Para viabilização da implantação desses serviços e benefícios poderão compartilhar dados pessoais de identificação e localização dos beneficiários para que possam ser identificados nos estabelecimentos conveniados e ter acesso aos benefícios e descontos negociados via convênio, cabendo ao BENEFICIÁRIO e seus DEPENDENTES manifestarem seu consentimento em termo específico, escrito ou eletrônico, no ato da contratação ou durante a sua execução.

Art. 127. Do tratamento de dados pessoais para disponibilizar acesso dos beneficiários e dependentes aos serviços de medicina preventiva – Pactuada a prestação de serviços em medicina preventiva ao beneficiário, a CONTRATADA realizará o tratamento de dados pessoais essenciais para avaliação do caso clínico e oferta dos respectivos serviços para o beneficiário, com a finalidade da execução do contrato e tratamento eficiente da sua saúde, tendo como base legal a legitimar o tratamento, o disposto no artigos 7, V, e 11, II, "d", "e", "f", todos da LGPD.

Art. 128. DOS COMPROMISSOS E OBRIGAÇÕES DO CONTROLADOR: Observar todos os dispositivos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais "LGPD" (Lei nº 13.709/2018), demais legislações análogas de outras jurisdições que versem sobre o tema e demais regulações que vierem a ser editadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados ("ANPD");

- a) Seus acionistas/quotistas/sócios, cooperados, conselheiros, administradores, diretores, empregados, prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis, regulamentos e disposições normativas que tratam da proteção de dados pessoais, nacionais e estrangeiras;
- b) Aplicar e respeitar os princípios da boa-fé, lealdade e licitude, limitação da finalidade, transparência, livre acesso, adequação, necessidade (minimização), eliminação, qualidade, confidencialidade, segurança e confiabilidade dos dados, prevenção e responsabilidade e prestação de contas, em qualquer momento durante o processamento de dados pessoais de acordo com as disposições da legislação brasileira, as normas geradas com base no processo de autorregulação normativa do serviço prestado e/ou as melhores práticas internacionais de proteção de dados pessoais;
- c) Abster-se da realização de tratamento indevido, irregular ou ilegal, de forma direta e/ou indireta, ativa e/ou passiva, de dados pessoais; e,
- d) Implementar todas as medidas necessárias para proteger os dados incluindo, mas não se limitando, a proteção contra destruição acidental ou ilícita, perda acidental, vazamento de dados, alteração e/ou divulgação não autorizada;

Art. 129. DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES:

- i. O tratamento de dados pessoais será irregular quando deixar de observar a legislação ou quando não fornecer a segurança que o titular dele pode esperar, bem como quando executado em contrariedade às disposições de vontade manifestadas nesse contrato.
- ii. Nas hipóteses em que a relação entre as partes ou com o Titular de Dados tenham caráter consumerista na forma definida no Código de Defesa do Consumidor, a responsabilidade do Agente de Tratamento de Dados que der

causa ao incidente caracterizador do dano, será objetiva, obrigando-se a reparar de forma integral os danos de qualquer espécie, sem exceção, experimentados pela outra parte e por terceiros.

Art. 130. DA RESPONSABILIDADE DO CONTROLADOR (a): O (a) CONTROLADOR (a) e o (a) CONTROLADOR EM CONJUNTO responsabilizam-se um perante o outro e, ambos, perante o TITULAR, conferindo garantia de que os dados compartilhados são legítimos, de que possuem base legal apropriada para o tratamento na modalidade de compartilhamento e que atendem aos requisitos dos artigos 6, 46 e 50 da LGPD. Nestes termos, caberá ao CONTROLADOR EM CONJUNTO EMPREGADOR informar ao beneficiário os termos deste contrato, bem como coletar e armazenar seu consentimento nas hipóteses descritas neste instrumento.

Art. 131. DO IMPACTO DA RESCISÃO DO CONTRATO NO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS: O descumprimento por parte da OPERADOR de qualquer uma das obrigações acima descritas dará ao CONTROLADOR o direito de rescindir o contrato, na forma tratada neste instrumento, especificamente na cláusula pertinente às hipóteses de rescisão do contrato.

Art. 132. EXCLUSÃO E DEVOLUÇÃO DOS DADOS: após o término do presente contrato ou mediante requisição da CONTROLADORA, com exceção das hipóteses de tratamento de dados decorrente de CONTROLE CONJUNTO, interromper, no prazo de 60 (sessenta) dias, o tratamento dos dados pessoais e na sequência excluir todos os dados pessoais tratados em nome do CONTROLADOR, além de certificar-se de que o fez, exceto em caso de permissão legal para armazenamento.

Art. 133. DA PRESERVAÇÃO DE PROVAS E GESTÃO DE EVIDÊNCIAS: A OPERADORA durante o transcorrer da execução do contrato cuidará para resguardar e evidenciar todos os processos de tratamentos de dados que realizar, documentando-os, na medida do possível de modo pormenorizado e com detalhes que permitam identificar os possíveis intervenientes no processo em questão, apurar responsabilidades e rastrear possíveis usos indevidos ou incidentes.

Art. 134. DO TÉRMINO DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS: Após o término do presente contrato ou mediante requisição do CONTROLADOR, a OPERADOR se obriga a interromper, imediatamente, o tratamento dos dados pessoais dos titulares vinculados ao CONTROLADOR e em sequência retornar/restituir todos os dados pessoais ao CONTROLADOR, por meios suficientemente seguros e excluir as eventuais cópias internas, bem como de seus subcontratados, exceto em caso de permissão legal para armazenamento, considerando que apenas os dados recebidos através de compartilhamento e dos quais não tenha se tornado CONTROLADORA EM CONJUNTO ou EXCLUSIVA das informações do Titular dos dados pessoais, de modo devidamente comprovado.

Cláusula Vigésima Quinta – Retifica-se e substitui e reenumerar as cláusulas dos títulos Disposições Gerais e Definições conforme abaixo em destaque:

TÍTULO XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 135º. 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, instrumento de comercialização ou qualquer outro documento que disponha sobre os direitos dos usuários.

Art. 136º. Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 137º. 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. 138º. 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 ao usuário excluído do plano, ou ainda, em fraude; obrigando-se a CONTRATANTE a reembolsar à CONTRATADAS quaisquer valores que esta despende nessas condições.

Art. 139º. 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. 140º. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer documento entregue aos usuários, 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. 141º. A CONTRATADA poderá valer-se da inserção de mensagens no documento de cobrança das contraprestações como meio de veiculação de seus comunicados.

Art. 142º. 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. 143º. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações da CONTRATANTE.

Art. 144º. A CONTRATANTE, por si e por seus usuários, 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 usuários 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. 145º. 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 usuários, 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. 146º. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus usuários, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

Art. 147º A CONTRATANTE compromete-se expressamente a não fornecer a terceiros e a manter em estrito sigilo quaisquer dados, materiais, pormenores, informações, documentos, especificações técnicas, inovações e aperfeiçoamento da CONTRATANTE, de que venha a ter conhecimento ou acesso, ou que venha a lhe ser confiado em razão deste contrato. Entende-se por "informações confidenciais" neste contrato, todos os dados que não sejam de domínio público, reveladas pela CONTRATADA a CONTRATANTE. O não cumprimento desta cláusula implicará na responsabilidade civil e criminal dos que estiverem envolvidos na violação das regras de sigilo e confidencialidade; sendo que, as obrigações a que alude esta cláusula perdurarão inclusive após a cessação do vínculo.

TÍTULO XVII – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 148. 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.

PARTES: Confirmando, via assinatura eletrônica, nos moldes do art. 10 da MP 2.200/01 em vigor no Brasil, que estou de acordo com o presente documento, e, por estar plenamente ciente dos termos, reafirmo meu dever de observar e fazer cumprir as cláusulas aqui estabelecidas, estando o mesmo disponível no endereço www.docusign.com.br para consulta e impressão.

TESTEMUNHAS: Confirmando, via assinatura eletrônica, nos moldes do art. 10 da MP 2.200/01 em vigor no Brasil, a celebração, entre as partes, do presente documento, disponível no endereço www.docusign.com.br para consulta e impressão.



www.unimedguarulhos.coop.br
Avenida Paulo Faccini, 900
07111-000 - Jardim Barbosa - Guarulhos-SP
T. (11) 2463-8000



Cláusula Vigésima Sexta - Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições contratuais previstas no contrato registrado sob o nº 151.403 e que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente Termo Aditivo, que neste ato integra o contrato.

E, por estarem justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 1 (uma) via de igual teor e valor.

Guarulhos, 31 de janeiro de 2023

CONTRATADA: Flávia C. Ribeiro Orlando
Dra. Flávia Coelho Ribeiro Orlando
Diretora de Desenvolvimento de Mercado
e Gestão de Contratos
Dr. Francisco Serigi Nishi
Diretor Presidente
UNIMED GUARULHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CNPJ sob o nº 74.466.137/0001-72

