CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PLANO COLETIVO POR ADESÃO
PLANO UNIMAX
GLOBAL
Cobertura para Consultas Médicas, Exames Complementares e Internação Hospitalar em Acomodação Semiprivativa

I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CONTRATADA: **UNIMED PORTO ALEGRE – COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o número (nº) 87.096.616/0001-96, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 35.250-1 e classificada como cooperativa médica, com endereço na Av. Venâncio Aires, nº 1.040, em Porto Alegre/RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente **CONTRATADA**.

II. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

CONTRATANTE: **ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DAS COMPANHIAS E EMPRESAS DE ENERGIA ELETRICA DO RIO GRANDE DO SUL** (A F C E E E), inscrita junto ao CNPJ/MF sob o nº. **92.828.953/0001-60** , com sede na **AV IPIRANGA, 7931**, bairro **PARTENON** , em **PORTO ALEGRE/RS**, por seu(s) representante(s) legal(is), a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO PERANTE A ANS

a) nome comercial: **PCGN2A – UNIMAX Coletivo por Adesão Semiprivativo**

b) número (nº) de registro do plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: **403.023.981**

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 01. Tipo de contratação do plano de saúde: coletivo por adesão.

V. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Cláusula 02. Tipo de segmentação assistencial do plano de saúde: ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Cláusula 03. Este plano tem abrangência nacional e cobre os atendimentos nele previstos, em ambulatórios e hospitais referenciados ou próprios da CONTRATADA, existentes em todo o Brasil.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Cláusula 04. Território brasileiro.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Cláusula 05. A internação hospitalar prevista neste contrato será em acomodação coletiva, em hospitais credenciados/referenciados ou próprios da **CONTRATADA**. **Parágrafo único**. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, é garantido ao beneficiário o acesso a acomodação em nível imediatamente superior, sem ônus adicional.

IX. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 06. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes e independentemente da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Cláusula 07. O **CONTRATANTE** legará a continuidade do contrato aos beneficiários, valendo-se do Benefício-Família, cujo teor constituirá instrumento anexo ao presente.

Cláusula 08. O **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura de transporte aeromédico, cujo teor constituirá instrumento anexo ao presente.

XI. OBJETO

Cláusula 09. Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde, visando à assistência médica com cobertura das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, cujos tratamentos estão cobertos no Rol de Procedimentos estabelecidos pela ANS:
a) consultas médicas, por médicos referenciados pela CONTRATADA, nos termos das cláusulas deste contrato;
b) serviços de urgência, nos prontos-atendimentos e demais serviços credenciados pela **CONTRATADA**, nos termos das cláusulas deste contrato;
c) exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
d) serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato;
e) internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato.

XII. NATUREZA DO CONTRATO

Cláusula 10. Contrato de prestação de serviços bilateral, futuro e aleatório de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeitos às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

XIII. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

Cláusula 11. O beneficiário titular do presente contrato deverá possuir vínculo associativo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, sendo esta pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.
Parágrafo único. É facultada a adesão do grupo familiar dependente do beneficiário titular nos termos das cláusulas deste contrato, desde que este último seja igualmente incluído no presente contrato.

Cláusula 12. As condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes neste contrato são as expressamente nele previstas, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Cláusula 13. São beneficiários titulares, as pessoas físicas que mantém com a entidade vinculada a CONTRATANTE relação de caráter profissional, classista ou setorial nos termos da Resolução Normativa nº 195 de 2009 e suas posteriores atualizações, desde que devidamente inscritos no presente Contrato.

Cláusula 14. São beneficiários dependentes os inscritos pela **CONTRATANTE** como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, de acordo com a seguinte relação:
I. o(a) esposo(a), o(a) companheiro(a) desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
II. os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por

determinação judicial e o menor tutelado;**III.** os(as) filhos(as) estudantes, até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.
Parágrafo único. A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 15. Compete à **CONTRATANTE**, ao entregar à **CONTRATADA**, para cadastro, a lista de beneficiários que integrará o presente contrato, bem como, quando da inclusão de novo beneficiário, justificar os vínculos dos dependentes, comprovando-os quando necessário ou por solicitação da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, por todos os meios de prova judicialmente admissíveis para o caso, não implicando a aceitação inicial concordância com a inclusão fora da lista prevista neste contrato.
§ 1º As inclusões e/ou exclusões de beneficiários deverão ser efetuadas até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, não sendo consideradas, fora deste prazo, para emissão da fatura do mês subsequente.
§ 2º A **CONTRATANTE** responde pela veracidade dos dados fornecidos, ficando sujeita ao pagamento de indenização à **CONTRATADA**, por perdas e danos, na hipótese de falsidade daqueles, sem prejuízo de outras sanções cabíveis e ajustadas neste instrumento, especialmente a rescisão prevista neste contrato.

Cláusula 16. O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada neste instrumento para eventos obstétricos, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência e de Doença e Lesão Preexistente quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário.
§ 1º Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.
§ 2º O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

XIV. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 17. Todos os procedimentos e serviços previstos neste contrato serão fornecidos no limite do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sendo observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) e o Protocolo de Utilização (PROUT) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.

Cláusula 18. O atendimento é assegurado, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

Cláusula 19. A **CONTRATADA** declara que assegura cobertura a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, desde que previstas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e observadas as limitações e exclusões contratuais.

Cláusula 20. É garantida a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula 21. Caso haja indicação clínica, a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória.

Cláusula 22. Os beneficiários terão cobertura de consultas médicas, inclusive pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões e limitações deste instrumento.

Cláusula 23. Os beneficiários terão cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente à época do evento.
Parágrafo único. O beneficiário que fizer uso das consultas e sessões previstas nesta cláusula poderá participar do Programa de Medicina Preventiva, quando indicado e fornecido pela **CONTRATADA**.

Cláusula 24. Os beneficiários terão cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano.
Parágrafo único. Os procedimentos previstos no "caput" desta cláusula serão realizados por médicos fisiatras assistentes da **CONTRATADA**, devidamente habilitados.

Cláusula 25. Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo

procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar e desde que incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.
§ 1º Os serviços descritos no "caput" desta cláusula serão prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no "Guia Médico", sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas neste contrato.
§ 2º Incluem-se na cobertura acima descrita os medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos e nos artigos do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.

Cláusula 26. Os atendimentos ambulatoriais que sejam solicitados por médicos assistentes, os quais serão cobertos por este contrato, são aqueles incluídos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 27. Ambulatorialmente é garantida a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
I - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
II - quimioterapia oncológica ambulatorial;
III – procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
IV - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
V - hemoterapia ambulatorial; e
VI - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS.
VII - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial, determinado pela ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:
a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação

Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II desta cláusula, entende-se como 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

Cláusula 28. Observadas as limitações e exclusões, bem como o procedimento de obtenção da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), todos previstos nas cláusulas deste contrato, o atendimento a ser realizado por médico assistente, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes no "Guia Médico" terá cobertura nos seguintes termos:
I - eventos previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS;
II - despesas hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em próprias (se houver), credenciadas e/ou referenciadas pela **CONTRATADA**, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
III - despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
IV - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, durante o período de internação contratualmente coberto;
V - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante a partir de 60 (sessenta) anos, durante o período de internação contratualmente coberto, desde que com prévia e expressa solicitação do beneficiário idoso ou por determinação do médico assistente;
VI - despesas de pernoite e alimentação compreendidas na diária de um único acompanhante no caso de paciente portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
VII - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação contratualmente coberto;
VIII - despesas com exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX- despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto;
X- remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato;
XI - despesas com os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como já definida neste contrato;
c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;
g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física constantes no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS vigente na época do evento;
k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos neste contrato, excetuado o fornecimento de medicação e manutenção;
XII - despesas com materiais hospitalares e medicamentos nacionais ou nacionalizados devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no Ministério da Saúde, prescritos por médico assistente, durante o período de internação contratualmente coberto;
XIII - despesas com materiais de próteses, órteses e implantes, desde que ligados ao ato cirúrgico com finalidade não estética e devidamente registrados na ANVISA e no Ministério da Saúde.

Cláusula 29. Para fins de liberação de cobertura de despesas de materiais de próteses, órteses e implantes, deve ser observado o seguinte:
I. É prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos por este contrato;
II. O médico assistente solicitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III. Em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.
Parágrafo único. A CONTRATADA pode escolher a marca e a procedência do material de prótese, órtese e implante a ser coberto, desde que atenda às especificações determinadas pelo médico assistente, nos termos do inciso I desta cláusula.

Cláusula 30. Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal.

Cláusula 31. É garantida a cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, sempre observadas as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

Cláusula 32. São garantidos os atendimentos à psicoterapia, com médico-psiquiatra da CONTRATADA, conforme indicação do médico assistente e segundo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não cumulativas quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

I. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
II. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 A F59);
III. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 A F98);
IV. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
V. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
VI. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).
VII. Paciente com primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

Cláusula 33. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas estão obrigatoriamente cobertos.

Cláusula 34. São garantidos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos limitada a 30 (trinta) dias de internação no decorrer de 1 (um) ano de contrato.
§ 1º O custeio das internações psiquiátricas nos períodos que ultrapassarem o prazo previsto no "caput" desta cláusula, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, serão suportados pelo CONTRATANTE, mediante a coparticipação no valor percentual de 50% (cinquenta por cento) por dia de internação, não podendo caracterizar financiamento integral e obedecendo aos tetos estabelecidos nas normas vigentes.
§ 2º Nas hipóteses de internação psiquiátrica, a classe de internação hospitalar sempre será enfermaria.

Cláusula 35. São garantidos os atendimentos em hospital-dia para transtornos mentais quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
I. Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
II. Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 A F29);
III. Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar de humor-CID F30 e F31);
IV. Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
Parágrafo único. Para fins do disposto no "caput" desta cláusula, entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Cláusula 36. Este contrato fornece cobertura aos transplantes listados no anexo do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
I - despesas assistenciais com doadores vivos;
II - medicamentos utilizados durante a internação;
III - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
IV - despesas de captação, transporte e preservação de órgãos.

Cláusula 37. Os procedimentos de transplante deverão submeter-se à legislação específica vigente.
§ 1º. O beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante-SNT.
§ 3º. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
I. Determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Cláusula 38. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde.
Parágrafo único. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 (doze) da Lei 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista, respeitado o previsto no "caput" desta cláusula.

Cláusula 39. É garantida a cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais previstos no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia, determinado pela ANS, desde que realizado por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da **CONTRATADA** com seus prestadores de serviço de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órtese, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

Cláusula 40. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelos profissionais habilitados pelo respectivo conselho de classe, integrantes da equipe chefiada por médico assistente, desde que restritos a 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.
§ 1º. Para fins do disposto no "caput" desta cláusula caracteriza-se imperativo clínico pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
§ 2º. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
§ 3º. Os eventuais honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Cláusula 41. É garantida a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, desde que não caracterizado o fim estético.

Cláusula 42. É garantida a cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cláusula 43. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária-CPT.
Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos não excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamentos de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da **CONTRATADA**.

Cláusula 44. É garantida a cobertura assistencial prevista neste contrato para eventos obstétricos, procedimentos relativos ao puerpério, pré-natal e da assistência ao parto, bem como um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato.
§1º Ao acompanhante indicado pela mulher durante o período referido no "caput" desta cláusula, é garantido cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação.
§2º Entende-se pós parto imediato até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, quando indicado pelo médico assistente.

XV. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 45. Estão expressamente excluídos deste contrato, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, sem prejuízo das limitações previstas nas cláusulas subsequentes, os seguintes procedimentos:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental em qualquer hipótese, 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 ANVISA (uso "off-label").**

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de próteses, órteses, *stents*, marca-passo, geradores, válvulas, acessórios e outros quando não ligados ao ato cirúrgico, ou seja, cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia;

VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado, ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoa físicas em farmácias de acesso público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatório, urgência e emergência), excetuados os casos previstos no capítulo "Coberturas e Procedimentos garantidos" deste contrato;

VIII- fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde-CONITEC;

IX - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

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

XI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
XII - transplantes e despesas decorrentes destes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;
XIII - consultas domiciliares;
XIV - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
XV - exames para frequentar piscinas e ginástica;
XVI - laserterapia e microcirurgia para tratamento de varizes;
XVII - provas de paternidade;
XVIII - sonoterapia;
XIX - enfermagem, em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
XX - cirurgias para mudança de sexo;
XXI - itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, uso de "internet", alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.) ou despesa com acompanhantes diferentes do previsto neste contrato;
XXII - vacinas;
XXIII - todo e qualquer atendimento fora da rede credenciada ou referenciada, salvo casos de urgência e emergência dentro da área de abrangência, quando não for possível a utilização da rede credenciada;
XXIV - todo e qualquer procedimento que não esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial-Hospitalar com obstetrícia determinado pela ANS;
§ 1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
§ 2º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.
§ 3º Não ligados ao ato cirúrgico são os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
§ 4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órtese ou prótese deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na "internet" (www.ans.gov.br).

Cláusula 46. As cláusulas referentes a exclusões ou limitações, aqui previstas, aplicam-se cumulativamente, sem que a incidência de uma exclua a de outras.

XVI. VIGÊNCIA

Cláusula 47. O presente contrato vigora a partir da data da assinatura deste instrumento jurídico, pelo prazo determinado de 1 (um) ano, caso as partes não venham a se arrepender, por escrito, em 7 (sete) dias úteis, a contar daquela data, desde que não tenham usufruído dos serviços previstos nele.

XVII. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Cláusula 48. O presente contrato, observada a sua cláusula de vigência, inicia na data da assinatura deste instrumento jurídico, pelo prazo determinado de 1 (um) ano.

§ 1º Havendo interesse mútuo na continuidade do presente e não havendo manifestação de qualquer das partes, em sentido contrário, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado podendo ser, a partir daí, livremente rescindido, por qualquer das partes, desde que com aviso prévio expresso e escrito de 60 (sessenta) dias.

§ 2º Não será cobrada qualquer taxa ou outro valor a título de renovação contratual.

XVIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 49. Ficam estabelecidos, para a utilização dos serviços aqui convencionados, em relação a cada beneficiário, a contar da data da assinatura deste ou a contar da inclusão posterior, **os seguintes prazos de carência**, sem prejuízo do disposto na cláusula que dispõe sobre doenças e lesões preexistentes a este contrato:

I - cobertura de casos de urgência ou emergência: **24 (vinte e quatro) horas**;

II - consultas médicas, procedimentos terapêuticos não cirúrgicos de baixa complexidade, avaliações médicas e acompanhamentos médicos, nos termos previstos neste instrumento: **30 (trinta) dias**;

III - exames complementares de medicina laboratorial, anatomia patológica e citopatologia, medicina transfusional e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados no item V: **30 (trinta) dias**;

IV - consultas e/ou sessões de acupuntura, psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutrição, fonaudiologia, fisiatria, terapia ocupacional e endoscopias: **60 (sessenta) dias**;

V - procedimentos cirúrgicos e internações hospitalares, excluindo-se as listadas no item VIII: **120 (cento e vinte) dias**;

VI - exames de genética e biologia molecular: **180 (cento e oitenta) dias**;

VII - exames não listados anteriormente, tais como, tomografias computadorizadas, cintilografias, ressonâncias magnéticas, monitorizações (mapa, holter, tilt teste, neurofisiológica), radiologia complexa (exames

contrastados ou ecográficos com efeito doppler), eletrofisiológicos: **60 (sessenta) dias**;
VIII - cirurgias cardíacas e vasculares, tratamento clínico-cirúrgico para obesidade mórbida, neurocirurgia, cirurgias obstétricas, métodos intervencionistas, hemodiálises/diálise, órteses, próteses, transplantes, radioterapia e quimioterapia: **180 (cento e oitenta) dias**;
IX - parto a termo: **300 (trezentos) dias**.
§ 1º As mensalidades contratuais são devidas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR à CONTRATADA desde a assinatura do contrato, sem embargo do período de carência.
§ 2º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato não sobrepõem o prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

Cláusula 50. Anualmente, em cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento dos prazos de carência, desde que:
I. O beneficiário tenha se vinculado à **CONTRATANTE**, após o transcurso de 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato e
II. A proposta de adesão seja formalizada em até 30 (trinta) da data de aniversário do contrato.
Parágrafo único Após o transcurso dos prazos previstos nesta cláusula, a **CONTRATADA** poderá exigir o cumprimento integral dos prazos de carência contratualmente previstos, estabelecendo que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

XIX. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula 51. É dever preliminar do **PRÉ-CONTRATANTE** e dos beneficiários civilmente capazes que pretenda incluir no contrato, informar sobre as doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato de que sejam portadores os beneficiários a serem inscritos, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.
§ 1º A informação solicitada será preenchida na conformidade do anexo "Formulário de Declaração de Saúde", integrante do presente contrato.
§ 2º A informação errônea, dolosamente fornecida ou omitida, da condição sabida de doença ou lesão preexistente implicará, após o devido julgamento pela ANS, a suspensão do atendimento e denúncia contratual por fraude, nos termos da cláusula de rescisão deste contrato.
§ 3º Constatada de qualquer forma, pela **CONTRATADA**, a existência de doença ou lesão preexistentes à proposta de contratação, ou por entrevista, mediante declaração expressa do beneficiário no "Formulário de Declaração de Saúde", será oferecida a cobertura parcial temporária.
§ 4º Doenças e lesões preexistentes são aquelas de que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao

plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei n. 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas pela ANS.
§ 5º Entende-se como cobertura parcial temporária aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.
§ 6º No caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz, a declaração de saúde deverá ser preenchida e assinada pelo seu representante legal.

Cláusula 52. O BENEFICIÁRIO DO **PRÉ-CONTRATANTE**, ao preencher a declaração de saúde, formulário com objetivo de averiguação da existência ou não de doença ou lesão anterior à contratação, optará pelas seguintes hipóteses:
I - sem orientação de médico;
II - com orientação de um médico assistente da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário; ou
III - com assistência de um médico de sua indicação, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.
§ 1º Caso o beneficiário do **PRÉ-CONTRATANTE** opte pela hipótese prevista no inciso II acima, estará igualmente concordando com a efetivação de perícias e exames que o médico assistente escolhido entenda necessário realizar para a elaboração do formulário.
§ 2º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

Cláusula 53. Constatada, de qualquer forma, a existência de doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, os beneficiários não terão direito, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura deste contrato ou de posterior inclusão, à utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade decorrente da doença ou lesão preexistente, ressalvado o disposto no capítulo de urgência e emergência e as alternativas constantes do § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula.
§ 1º Alternativamente, a **CONTRATADA** poderá oferecer a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado "Agravo", que implique a cobertura da doença ou lesão preexistente, mediante orçamento específico, que levará em conta as condições pessoais do beneficiário, ou poderá ainda, mediante termo específico, diminuir, para determinadas moléstias, o prazo previsto no "caput" desta cláusula.
§ 2º Entende-se como "Agravo" qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre operadora e beneficiários.

Cláusula 54. Constatada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o beneficiário terá de ser informado imediatamente pela **CONTRATADA.**

Cláusula 55. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, nos casos de doença ou lesão preexistente, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.
Parágrafo único. Após o julgamento, e uma vez acolhida a alegação da operadora pela ANS, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação ao beneficiário.

XX. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 56. Definem-se por emergência casos que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente, e definem-se como urgência os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cláusula 57. No caso de o beneficiário necessitar de assistência médico-hospitalar de urgência ou emergência, durante o período em que estiver cumprindo carência contratualmente prevista, a CONTRATADA estará obrigada a prestar atendimento exclusivamente nas 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial ou até que fique caracterizada a necessidade de internação hospitalar, conforme a hipótese que ocorrer primeiro, a partir do que a responsabilidade financeira passará a ser do BENEFICIÁRIO TITULAR, não cabendo ônus à operadora.

Cláusula 58. O presente contrato garantirá:
I - o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, sem restrições, após decorridas 24 (vinte quatro) horas da vigência do contrato (artigo 3º, § 2º, da Resolução do CONSU n. 13/98);
II - a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;
III - a cobertura dos atendimentos de urgência ou emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução do CONSU n. 13/98);
IV - o atendimento de urgência ou emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.

V – o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência, no mesmo município demandado, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que tais localidades sejam pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto contratado.
§ 1º O disposto no inciso V desta cláusula, dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.
§ 2º A garantia de transporte prevista no inciso V desta cláusula, não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.
Cláusula 59. O atendimento de urgência e emergência do beneficiário será realizado nos serviços de pronto-atendimento ou nos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial, próprios ou credenciados da CONTRATADA, constantes no "Guia Médico".

Cláusula 59. É garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.
§1º O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:
I – relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
II – conta hospitalar com discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
III – recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
IV – comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
§ 2º O valor do reembolso, nas urgências e emergências, não será inferior ao praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.
§ 3º O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso é de 1 (um) ano a contar da data do atendimento de urgência e emergência.

XXI. REMOÇÃO

Cláusula 60. É assegurada a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
§ 1º Caberá remoção quando, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, for caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.
§ 2º Caberá remoção ao SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carência e quando houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a DLP.
§ 3º Nos casos de remoção para o SUS, cessa a obrigação da **CONTRATADA,** e, se o paciente não tiver condições de ser removido, por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** deste ônus.
§ 4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 61. Na hipótese do beneficiário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para a internação hospitalar, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de tais serviços, visando à continuidade do atendimento.
Parágrafo único. No caso de remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

XXII. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 62. A rede de prestadores de serviços será divulgada mediante o "Guia Médico Unimax", a ser entregue juntamente com este contrato, pelo sítio da **CONTRATADA** ou por contato telefônico do beneficiário à Central de Atendimento Telefônico.

Cláusula 63. No caso de utilização de consultas e/ou serviços previstos neste contrato na rede credenciada/referenciada ou própria da **CONTRATADA**, será garantido o atendimento integral das coberturas dos serviços e procedimentos deste contrato, nos seguintes prazos:
I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete dias);
II – consultas nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
VIII - consulta e procedimentos realizados em consultórios/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análise clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
XI - procedimentos de alta complexidade (PAC): em até 21 (vinte e um) dias úteis;
XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
XIV - urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.
§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos nesta cláusula, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial da **CONTRATADA**, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.
§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.
§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI desta cláusula são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS.
§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII desta cláusula e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no inciso XI.
§ 6º Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador no munícipio pertencente à área geográfica de abrangência e a área de atuação previstas nesse contrato, a CONTRATADA garante ao beneficiário os atendimentos previstos nessa claúsula, conforme dispõe a Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS, sendo que essa normativa poderá ser acessada por meio do site: www.ans.gov.br ou poderá ser consultada pela Central de Atendimento Telefônico da CONTRATADA.

Cláusula 64. A CONTRATADA garante ao beneficiário que a autorização prévia para realização de procedimentos ou o atendimento concedido pelo seu serviço de regulação se dará no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Cláusula 65. A CONTRATADA cobrará o valor correspondente as coparticipações, conforme previsto no capítulo "PAGAMENTO DE MENSALIDADE".

Cláusula 66. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será dado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade desses ou, em relação aos últimos, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.
§ 1º O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter, destacadamente, seu período de validade.
§ 2º A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará o **BENEFICIÁRIO TITULAR** responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da **CONTRATADA,** salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.
§ 3º O **BENEFICIÁRIO TITULAR**, no caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, para obtenção de 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de extração de outra via, já estipuladas no valor vigente à época, no equivalente a 50% (cinquenta por cento) de uma despesa de inscrição, considerando o disposto no parágrafo imediatamente anterior.
§ 4º A responsabilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, caso não comunique a ocorrência do fato à **CONTRATADA**, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

Cláusula 67. A internação hospitalar será concedida somente mediante solicitação escrita do médico assistente responsável pela internação, e autorizada, quando for o caso, por médico auditor da CONTRATADA.

Cláusula 68. A **CONTRATADA**, mediante exibição do documento de que trata a cláusula acima deste instrumento, emitirá AIH para a entidade hospitalar própria ou credenciada, respeitadas as ressalvas deste convênio, autorizando a baixa, sempre nos estritos termos contratuais.
§ 1º Nas hipóteses de internação hospitalar de urgência, poderá esta realizar-se mediante exibição do cartão de identificação do beneficiário, obrigando-se o beneficiário, ou o representante desses, sob pena de perda da cobertura contratual, a comparecer à sede da **CONTRATADA**, no prazo improrrogável de 2 (dois) dias úteis, para obtenção do fornecimento da AIH.
§ 2º A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não reconhecer a internação dita de urgência ou emergência, sempre que essa haja ocorrido com a não observância do conceito de urgência ou emergência, adotado por este contrato, a partir da verificação realizada por Junta Médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08 de 1998.

Cláusula 69. A **CONTRATADA** comunica à **CONTRATANTE** que a internação hospitalar é recurso auxiliar ao tratamento médico, somente utilizável na hipótese de não haver meio mais recomendável e adequado ao próprio tratamento. Havendo divergências entre as partes, utilizar-se-á dos critérios da Junta Médica, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.

Cláusula 70. Em virtude do preceituado neste contrato, os prazos de internação hospitalar serão estritamente determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, sendo garantida a inexistência de qualquer limitação temporal.

Cláusula 71. Persistindo uma internação hospitalar além do prazo normalmente previsto, para reversão da fase aguda da patologia determinante da baixa, segundo as regras normais da experiência e do conhecimento técnico-médico, a CONTRATADA solicitará Junta Médica a fim de averiguar a necessidade de manutenção da internação hospitalar, nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n. 08, de 1998.
§ 1º O **CONTRATANTE** e seus beneficiários obrigam-se a envidar todos os esforços razoáveis no intuito de colaborar com o trabalho dos peritos.
§ 2º Uma vez comprovada a ausência de necessidade da continuidade da baixa hospitalar, a **CONTRATADA** reserva-se o direito, segundo este contrato, de cancelar sua responsabilidade pelo custeio da internação, tão logo findo o último prazo previsto pelo médico que solicitar a internação autorizada pela **CONTRATADA**.
§ 3º Fica o **CONTRATANTE** ciente de que a **CONTRATADA**, para melhor cumprimento das disposições desta cláusula, mediante seu regramento interno autorizará as baixas ou a continuidade das internações na periodicidade que estabelecer.
§ 4º A **CONTRATADA** garantirá, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse por intermédio de Junta Médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

Cláusula 72. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes á rede própria ou contratada da **CONTRATADA**.

Cláusula 73. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE E AOS BENEFICIÁRIOS TITULARES e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 1º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" desta cláusula ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do consumidor, a **CONTRATADA** obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.
§ 2º Excetuam-se do previsto no § 1º (parágrafo primeiro) os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o **CONTRATANTE.**
§ 3º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

Cláusula 74. A CONTRATADA reserva-se o direito de substituir qualquer estabelecimento ambulatorial credenciado/referenciado, por outro equivalente.
§ 1º Durante o período de aviso-prévio, continuará sendo utilizado o estabelecimento a ser desligado, sem qualquer prejuízo para o beneficiário.
§ 2º Faculta-se ao **CONTRATANTE** rescindir o contrato, mesmo na vigência de prazo determinado, caso se entenda prejudicada com a substituição.

Cláusula 75. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, contanto que não impliquem redução dos direitos conferidos ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários, devendo ser previamente informados a esses, caso impliquem a necessidade de sua colaboração.

Cláusula 76. O **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a utilizar-se das informações decorrentes da execução dos serviços contratuais prestados aos beneficiários da primeira, em formulário eletrônico, para fins exclusivos de estatística e execução de campanhas de prevenção de doenças.

Cláusula 77. Os beneficiários deste contrato agendarão os procedimentos de oncologia ambulatorial diretamente com a CONTRATADA, exclusivamente, através da Central de Atendimento Telefônico ou presencialmente nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, elencadas no Guia Médico, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento, observadas as exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.
Parágrafo Único. Caso seja necessário o encaminhamento do atendimento para a rede credenciada/referenciada, a Central de Atendimento Telefônico ou o atendimento presencial nas unidades próprias de atendimento da Unimed Porto Alegre, realizarão a autorização e o direcionamento para a sua rede credenciada/referenciada.

XXIII. FORMAÇÃO DE PREÇO

Cláusula 78. A forma de pagamento da contraprestação econômica do presente contrato é preestabelecida, tendo em vista que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** efetua o pagamento das mensalidades à **CONTRATADA** antes da utilização das coberturas contratadas, nos termos desta avença.

XXIV. PAGAMENTO DE MENSALIDADE

Cláusula 79. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**:
I – despesas de inscrição e material, no valor de R$ 0,00 (zero real), quando do recebimento do primeiro documento de pagamento;
II - a 1ª (primeira) mensalidade, no valor de R$ 214,55 (duzentos e quatorze reais e cinquenta e cinco centavos), correspondente a sua faixa etária, na conformidade da cláusula que define as faixas etárias deste contrato, quando do recebimento do documento de pagamento, após a aceitação da proposta pela CONTRATADA ou quando da inclusão de novos beneficiários;
III - demais mensalidades contratuais, correspondendo à contribuição do mês subsequente, até o 10º (décimo) dia de cada mês, calculadas por pessoa inscrita, sempre observados os parágrafos desta cláusula e a cláusula que define as faixas etárias deste contrato;
IV - o valor correspondente às seguintes coparticipações:
a) 50% (cinquenta por cento) nas consultas realizadas em caráter de urgência e emergência;
b) 40% (quarenta por cento) nas consultas eletivas previstas neste contrato, excetuadas as descritas nas alíneas "f" e "h" desta cláusula;
c) 40% (quarenta por cento) sobre o valor das sessões fisiátricas (reeducação e reabilitação física);
d) 40% (quarenta por cento) sobre o valor dos atendimentos e/ou sessões de acupuntura;
e) 40% (quarenta por cento) sobre o valor de cada sessão de oxigenoterapia hiperbárica;
f) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas médico-psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e tratamentos em hospital-dia para transtornos mentais;
g) 50% (cinquenta por cento) do valor das internações decorrentes de transtornos psiquiátricos que ultrapassem 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;
h) 66% (sessenta e seis por cento) do valor das consultas e/ou sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia, foniatria e nutricionista.
§ 1º Os valores de pagamento de mensalidades aqui previstos destinam-se, proporcionalmente, segundo cálculos atuariais próprios da **CONTRATADA**, à remuneração dos atos cooperativos principais (serviços médicos) e ao ressarcimento dos atos cooperativos auxiliares (serviços indispensáveis ao

atendimento médico), tais como despesas laboratoriais, de raio X e de urgência, e se destinam, igualmente, a cobrir os custos administrativos da **CONTRATADA**.
§ 2º O atraso nos pagamentos implicará o cadastramento da inadimplência junto aos Órgãos de Proteção ao Crédito.
§ 3º Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados, excetuadas as variações do valor em razão de diferença de faixa etária.

Cláusula 80. A **CONTRATADA** cobrará, em caso de mora no pagamento da mensalidade, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

Cláusula 81. O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora serão de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.
§ 1° Sem prejuízo do disposto no *caput*, a **CONTRATANTE** autoriza a **CONTRATADA** a enviar os boletos de cobrança, relativos aos valores de mensalidade e de coparticipação, se houver,diretamente ao beneficiário titular.
§ 2° Em caso de inadimplência do beneficiário titular, a **CONTRATADA** comunicará o mesmo para que este proceda ao adimplemento do(s) valor(es) pendente(s). Caso não haja quitação dos valores, a **CONTRATADA** comunicará a exclusão do beneficiário, conforme disposições do capítulo **"XXX. RESCISÃO"** deste instrumento.

XXV. REAJUSTE

Cláusula 83. Os valores aqui estipulados serão reajustados anualmente, observando sempre, enquanto piso, a variação do IGPM/FGV no período (ou outro índice que o substitua) e, enquanto teto, a própria sinistralidade, conforme definido na cláusula abaixo.

Cláusula 84. Convencionam as partes que as obrigações da **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários à sua execução, tendo-se sempre em conta a sinistralidade inicialmente prevista dentro dos limites do custeio da mensalidade básica.
§ 1° Do valor pago pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** à **CONTRATADA** enquanto contraprestação econômica mensal, nos termos deste contrato, a sinistralidade, a ser apurada pela área técnica da **CONTRATADA**, não poderá ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).
§ 2° A cada período de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste contrato, as partes verificarão se o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** à **CONTRATADA**, está atendendo ao percentual fixado no § 1º (parágrafo primeiro) desta cláusula, ocasião em que será apurado o resultado obtido naquele mesmo período.

§ 3° No caso da sinistralidade apurada no período que trata o **§ 2°** (parágrafo segundo) desta cláusula, ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), o valor da contraprestação econômica mensal paga pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** à **CONTRATADA** deverá ser atualizada, em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico da avença.

Cláusula 85. Este contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.
Parágrafo único. Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

Cláusula 86. A **CONTRATADA** comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o percentual de reajuste efetivamente aplicado.

Cláusula 87. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados e nem distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.
Parágrafo único. O disposto acima não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula 88. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão reajuste anualmente, a partir da data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

XXVI. DAS REGRAS SOBRE O REAJUSTE DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS

Cláusula 89. Este contrato integrará ao agrupamento de contratos, caso contemple a adesão de até **29 beneficiários** no mesmo, para fins de cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.
Parágrafo único: Caso o contrato objeto deste aditamento contemple número superior a **29** beneficiários ativos, este não será agrupado, e o reajuste será aplicado conforme as regras já contidas no capítulo "Reajuste".

Cláusula 90. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

Cláusula 91. Para fins do disposto neste aditivo, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, ainda que vinculados a outro plano contratado.

Parágrafo Único: Considera-se grupo econômico o conjunto de empresas que tem o mesmo interesse e que tem parte da sua gestão comum, mesmo que as empresas possuam personalidade jurídica própria e independente uma das outras.

Cláusula 92. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no capítulo "Reajuste".

Cláusula 93. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no capítulo "Reajuste".

Cláusula 94. Serão divulgados, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos e os contratos que receberão o reajuste.

Cláusula 95. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do **contrato agregado** ao agrupamento observará o disposto abaixo:
I - Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, tendo como piso o índice/percentual autorizado e divulgado pela ANS para planos individuais (RF).
II - Caso seja constatado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado e será aplicado como teto o reajuste financeiro (RF) acrescido do reajuste técnico (RT), conforme segue:

$$\boldsymbol{RT = \max\left[1; \left(\frac{S}{Sm}\right)\right] - 1}$$

Onde,

$\boldsymbol{RT}$ é o reajuste técnico;

$\boldsymbol{S}$ é a sinistralidade projetada atuarialmente, com base no período de 12 meses, dos contratos que compõem a base de cálculo do agrupamento;

$\boldsymbol{Sm}$ é a meta de sinistralidade expressa no contrato, e o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando esse índice ultrapassa 65% (sessenta e cinco por cento);

$\boldsymbol{\max\left[1; \left(\frac{S}{Sm}\right)\right]}$ é o valor máximo entre o 1 e o valor resultante da fórmula $\boldsymbol{\left(\frac{S}{Sm}\right)}$.

$$\boldsymbol{RF = ANS}$$

Onde,

$\boldsymbol{RF}$ é o reajuste financeiro;

$\boldsymbol{ANS}$ é o índice/percentual autorizado e divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para planos individuais.

III - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido para a apuração do reajuste financeiro, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

$$\boldsymbol{RA} = [(\mathbf{1} + \boldsymbol{RT}) \times (\mathbf{1} + \boldsymbol{RF})] - \mathbf{1}$$

IV - O percentual de reajuste anual (RA) será utilizado exclusivamente para o agrupamento de contratos, ou seja, somente para os contratos agregados.
V - Na hipótese de descontinuidade dos índices acima estabelecidos, serão estipulados novos índices mediante instrumento específico.
VI - O percentual de reajuste será único para todo agrupamento de contratos coletivos com menos de 29 beneficiários e somente será aplicado aos contratos agregados.
Parágrafo Único: O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (sessenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses.

Cláusula 96. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Cláusula 97. Em observância ao artigo 1º da RN nº 309/2012 da ANS, o exposto nesse capítulo não se aplica aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279/2011 da ANS, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.

XXVII. FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 98. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Cláusula 99. A mensalidade contratual sofrerá as seguintes variações percentuais, observada a idade do beneficiário já inscrito no contrato ou a idade que tenha quando da sua inclusão:
I - beneficiário inscrito com um dia até 18 (dezoito) anos completos: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento;
II - beneficiário inscrito com 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da

mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 19,90% (dezenove vírgula noventa por cento);
III - beneficiário inscrito com 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 40,50% (quarenta vírgula cinquenta por cento);
IV - beneficiário inscrito com 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 61,20% (sessenta e um vírgula vinte por cento);
V - beneficiário inscrito com 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 71% (setenta e um por cento);
VI - beneficiário inscrito com 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 97,20% (noventa e sete vírgula vinte por cento);
VII - beneficiário inscrito com 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 145% (cento e quarenta e cinco por cento);
VIII - beneficiário inscrito com 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 210,50% (duzentos e dez vírgula cinquenta por cento);
IX - beneficiário inscrito com 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 309,30% (trezentos e nove vírgula trinta por cento);
X - beneficiário inscrito com 59 (cinquenta e nove) anos completos ou mais idade, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual: valor básico da mensalidade, tal como estabelecido na cláusula de pagamento, acrescido de 499,90% (quatrocentos e noventa e nove vírgula noventa por cento);
§ 1º Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade.
§ 2º Os percentuais de variação em cada faixa etária deverão observar as seguintes condições:
I - o valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o da primeira faixa etária;
II – a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

XXVIII. BÔNUS - DESCONTOS

Cláusula 100. O valor básico tal como previsto no "caput" da cláusula de pagamento, será fixado em conformidade com o número de beneficiários titulares e beneficiários dependentes inscritos, nos termos previstos nas faixas abaixo:
I. faixa um: de, no mínimo, 3 (três) a 49 (quarenta e nove) beneficiários, inclusive, valor da mensalidade básica conforme o caput da cláusula de pagamento;
II. faixa dois: de 50 (cinquenta) ou mais usuários, valor da mensalidade básica correspondente a prevista no caput da cláusula de pagamento, deduzindo-se o percentual de 0% (zero por cento).
Parágrafo único. É vedada a concessão de descontos ou vantagens, especificamente delimitados em prazos contratuais, em função de idade do beneficiário ou ainda que estimulem a redução da utilização dos serviços.

XXIX. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 101. Caberá tão somente ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários, sendo possível que a **CONTRATADA** exclua a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do primeiro, nas hipóteses de fraude ou perda dos vínculos do titular com o **CONTRATANTE**, ou de dependência conforme previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.
§ 1º O beneficiário titular poderá solicitar à CONTRATANTE, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seu dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.
§ 2º A CONTRATANTE deverá cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.
§ 3º Expirado o prazo disposto no parágrafo anterior sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à CONTRATADA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.

Cláusula 102. As condições para a perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde contratado que continua vigente são as seguintes:
I - exclusão do beneficiário titular;
II - morte do beneficiário titular ou dependente;
III - casamento de filho(a) ou enteado(a) menor de 18 (dezoito) anos;
IV - filho(a) ou enteado(a) que completou 18 (dezoito)anos;
V - filho(a) ou enteado(a) com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos, por perda da condição de estudante;
VI - filho(a) ou enteado(a) estudante com idade igual a ou maior que 24 (vinte e quatro) anos;
VII - extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;
VIII – não comprovação, quando exigida, do vínculo de dependência econômica.

§ 1º O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo o beneficiário titular, até a entrega desses para a primeira, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização durante seu prazo de validade (valores desembolsados pela **CONTRATADA**).
§ 2º As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, inclusive nos casos de urgência e emergência, correrão exclusivamente por conta do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.
§ 3º As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano assistencial, são de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

Cláusula 103. A comprovação de fraude contratual, por parte dos beneficiários, no sentido de tentar obter ou manter internação hospitalar, sem que a mesma seja estritamente necessária à reversão da fase aguda da patologia, implicará na rescisão contratual, nos termos ds determinados pela ANS, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis no caso.

XXX. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Cláusula 104. Rescinde-se o contrato de pleno direito, por parte do **CONTRATANTE**, no caso de haver sonegação dos serviços, de forma contratualmente não prevista ou vedada, por parte da **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos.
Parágrafo único. Na hipótese prevista nesta cláusula, caberá à **CONTRATADA** indenizar o **CONTRATANTE** das despesas diretamente relacionadas com os prejuízos decorrentes da sonegação dos serviços.

Cláusula 105. Rescinde-se o contrato, de pleno direito, em favor da **CONTRATADA**, no caso de fraude, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, por período de 60 (sessenta) dias, por ano de contrato, consecutivos ou não desde que a última, notificada do fato, não venha a atualizar, completamente, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.
Parágrafo único. Na hipótese de rescisão prevista nesta cláusula, caberá ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** indenizar a **CONTRATADA** dos valores em débito.

Cláusula 106. Os beneficiários do **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja a mesma com suas mensalidades há 60 (sessenta) dias em atraso e caso haja notificação prévia, pela **CONTRATADA**, desta circunstância.

Cláusula 107. O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período inicial de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 108. Na hipótese de qualquer uma das partes rescindirem o presente contrato antes do prazo mínimo de 1 (um) ano, a contar da data de sua assinatura, a parte que motivar a rescisão pagará à outra multa rescisória estabelecida em 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades restantes para se completar os 12 (doze) meses de vigência do presente contrato.

XXXI. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 109. Os direitos decorrentes deste contrato são exclusivamente aqueles nele previstos, estando fora de cobertura contratual todos aqueles que nele expressamente não se contenham, convencionando as partes contratantes que qualquer reclamação, decorrente do presente instrumento, somente será feita pela parte reclamante à outra, não competindo aos beneficiários qualquer exigência de alteração de cláusula contratual, salvo existindo autorização expressa, após devida concordância da ANS, da parte estipulante ao beneficiário, para que formule, diretamente à outra parte, a reivindicação.

Cláusula 110. Integram o presente contrato:
I - Manual de Orientação (Anexo I);
II - Carta de Orientação ao Beneficiário com Declaração de Saúde;
III - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
IV - Guia de Leitura Contratual (GLC)
Parágrafo único. O **CONTRATANTE** ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

Cláusula 111. O **CONTRATANTE** aceita, desde já, a substituição e o recebimento dos documentos previstos neste contrato por via de arquivos especiais (digitalizados), como se originais fossem, para todos os efeitos.

Cláusula 112. A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a acessar os prontuários médicos, resultados/laudos dos exames, observados os limites legais e a confidencialidade dos dados clínicos de seus beneficiários.

XXXII. ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 113. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

XXXIII. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) via para cada parte.

Porto Alegre, _____ de_____ de _____.

CONTRATANTE

LUCIO GERMANO KIESS

SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

CONTRATADA

JULIO WILASCO

SUPERINTENDENTE DE CLIENTES E MERCADO

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

ANEXO I

Manual de Orientação

Previamente à assinatura do contrato, ou mesmo autorização para encaminhamento de qualquer proposta contratual, é importante o conhecimento de alguns conceitos.

A leitura do contrato, por mais cansativa que seja, deve anteceder qualquer ato do **CONTRATANTE** com vista a assiná-lo. Qualquer conselho em sentido contrário é expressamente desautorizado pela **CONTRATADA**.

Todos os serviços de saúde que estão fora da cobertura encontram-se previstos, destacadamente, no corpo do contrato. Ler os pontos destacados é de máxima importância.

É fundamental o conhecimento exato da contraprestação (preço) a ser paga pelos serviços contratuais. Neste sentido, as cláusulas referentes a preços devem ser lidas e relidas com todo o cuidado e atenção.

As dúvidas devem ser esclarecidas, junto aos representantes da **CONTRATADA**, antes da contratação.

Uma vez assinado o contrato, se o **CONTRATANTE** quiser arrepender-se, terá 07 (sete) dias para isso, desde que não tenha usufruído dos serviços previstos nele.

O sentido de colaboração, num contrato desta natureza, é recíproco, devendo, pois, servir como princípio para ambas as partes.

Muitos dos termos contratuais são técnicos. Para compreendê-los, a **CONTRATADA** organizou, logo a seguir, um vocabulário básico e sua explicação. Toda vez que uma palavra prevista no vocabulário for utilizada no contrato, o sentido válido é o que consta na explicação daquele.

1. **acidente pessoal:** evento exclusivo, externo e involuntário, causador de lesões ou doenças.
2. **acomodação de internação hospitalar:**
   coletiva – com até 04 (quatro) leitos
   individual – com leito individual
3. **agrupamento de contratos:** medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.
4. **AIH**: sigla que identifica a autorização de internação hospitalar, documento, fornecido pela CONTRATADA, que é o único capaz de habilitar o beneficiário a obter o custeio, pela primeira, das despesas hospitalares que o último contrair.
5. **ambulatório**: consultório ou outro local de atendimento médico, preferencialmente o consultório médico, sem ser necessariamente este, no qual são dispensados cuidados à saúde sem a necessidade de internação hospitalar.
6. **beneficiário dependente**: os beneficiários inscritos pelo CONTRATANTE que não sejam o próprio CONTRATANTE, dependentes econômicos do beneficiário titular.

7. **beneficiário titular**: o próprio CONTRATANTE quando incluir-se como beneficiário da estipulação contratual.
8. **beneficiário**: todo aquele que, inscrito pelo CONTRATANTE e aceito pela CONTRATADA, é destinatário dos serviços contratados pela primeiro e comprometidos pela última: todo aquele regularmente inscrito pelo CONTRATANTE e aceito pela CONTRATADA, para fins de usufruir os serviços contratualmente prometidos pela última à primeira.
9. **carência**: período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a obrigatoriedade do pagamento por parte do CONTRATANTE e limitação, total ou parcial, nos termos do contrato, de prestações por parte da CONTRATADA.
10. **coberturas**: conjunto dos serviços contratualmente previstos.
11. **contratada**: exclusivamente a UNIMED PORTO ALEGRE, cujos representantes assinam o presente contrato.
12. **contratante**: a pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista neste contrato, em seu nome e no dos beneficiários que inscreva.
13. **contrato agregado ao agrupamento:** contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora.
14. **coparticipação**: pagamento parcial de despesas com serviços contratuais, conforme os limites percentuais previstos no contrato e os valores quantificados na tabela da CONTRATADA, pagos além da mensalidade contratual, realizado pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, em contraprestação complementar a serviço especificado no contrato.
15. **custo operacional**: despesas efetivamente realizadas pelos beneficiários do CONTRATANTE para pagamento, junto a prestadores, de serviços contratuais.
16. **despesas com acompanhante**: diária, compreendendo pernoite e alimentação, conforme rotina do nosocômio, obedecida a classe de internação hospitalar em que estiver incluído o beneficiário.
17. **doença ou lesão preexistente**: mal físico ou psíquico existente anteriormente à data da firmatura do contrato, de conhecimento por parte do beneficiário no momento de sua inclusão no contrato, em virtude da aceitação da CONTRATADA.
18. **emergência**: situações de saúde que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os beneficiários, conforme declaração inequívoca de médico assistente.
19. **foro**: sede da repartição judiciária onde pode ser discutido o contrato.
20. **hemodinâmica**: teoria mecânica da circulação do sangue.
21. **hospital-dia psiquiátrico:** recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

22. **internação hospitalar**: procedimento médico e administrativo mediante o qual o beneficiário permanece mais de 12 (doze) horas em estabelecimento hospitalar.
23. **médico assistente da contratada**: profissional da medicina integrante do quadro social da CONTRATADA como associado ou integrante do quadro social de outra cooperativa UNIMED.
24. **mensalidade básica**: o valor mensal previsto contratualmente, sem acréscimos percentuais decorrentes da faixa etária, e excluídos os valores de coparticipação ou custo operacional.
25. **núcleo de atendimento**: serviço integrante da estrutura operacional da CONTRATADA, sobre o qual recairá o atendimento nos casos de consultas médicas, exames e encaminhamento para atendimento nos demais serviços próprios e/ou credenciados da UNIMED, observadas exclusões, limitações e regulamentações previstas neste contrato.
26. **pequenas cirurgias**: todas as intervenções cirúrgicas que não implicam anestesia geral ou hospitalização.
27. **prazo anual de internação hospitalar**: todo aquele contado, cumulativa ou intercaladamente, no prazo anual do contrato.
28. **prazo anual**: período contado desde a data da assinatura do contrato até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após, e assim sucessivamente.
29. **psicoterapia de crise**: atendimento intensivo, prestado por profissionais da área de saúde mental.
30. **referenciar**: ação da CONTRATADA de indicar, ao beneficiário, conforme previsão contratual, prestadores de serviços contratuais, representando uma limitação, contratualmente prevista, na livre escolha do mesmo beneficiário.
31. **rescisão**: hipóteses nas quais uma das partes pode terminar a relação contratual, na forma regulada por este instrumento.
32. **serviço credenciado**: estabelecimento prestador de serviços que, não sendo da propriedade da CONTRATADA, é por esta ou por representante dela locado, em nome da(o) CONTRATANTE.
33. **sinistralidade**: previsão teórica ou verificação efetiva do consumo de serviços contratualmente previstos.
34. **suspensão temporária**: período contratualmente fixado durante o qual, salvo exceções expressas, existe a limitação parcial, nos termos do contrato, de serviços que integram a cobertura.
35. **triagem**: nos contratos em que é previsto trata-se de ato de seleção a que o beneficiário do CONTRATANTE deverá submeter-se, junto ao Núcleo de Atendimento da CONTRATADA, para ter acesso a qualquer atendimento previsto neste contrato, inclusive consultas, exames e autorização para internação hospitalar.
36. **urgência**: estado físico ou psíquico decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao beneficiário, em virtude de acidentes pessoais ou complicações decorrentes da gestação, conforme declaração inequívoca de médico assistente.

REGULAMENTO DO BENEFÍCIO-FAMÍLIA

I . OBJETO

Plano de benefícios instituído em favor dos beneficiários dependentes para que possam gozar, sem ônus e após o óbito do beneficiário titular, enquanto permanecerem nesta condição no contrato, da mesma assistência prevista no contrato originário, durante o prazo fixado neste instrumento.

II . CLÁUSULAS

Cláusula 01. Terá direito de legar o benefício previsto neste módulo exclusivamente o beneficiário titular que atender aos seguintes e indispensáveis requisitos, em sua totalidade:
I - ter cumprido o prazo de carência de 6 (seis) meses, a contar da data de sua inscrição no contrato de assistência à saúde original ou da data de eventual posterior ampliação de cobertura contratual ou, ainda, a contar da data da adaptação, ingresso ou aquisição de novo plano de saúde;
II - ter enumerado, no momento de sua inscrição, a totalidade de seus beneficiários dependentes, ou, em caso de inclusão posterior, ter esta ocorrido 12 (doze) meses antes da solicitação do benefício.
§ 1º Consideram-se, para fins deste módulo, beneficiários titulares todos os que, nesta condição, participam deste contrato, ou seja, além de contratante também se beneficiam da assistência saúde na qualidade de usuário.
§ 2º Igualmente se consideram, para fins deste módulo, beneficiários dependentes todos os que, nesta condição, participam dos contratos coletivos, empresariais ou familiares.
§ 3º Excetuam-se da necessidade de cumprimento da carência descrita no inciso II do "caput" desta cláusula os filhos nascidos após a inscrição do titular e o (a) novo (a) cônjuge ou companheiro (a), desde que inscritos até 60 (sessenta) dias a contar do nascimento, casamento, ou declaração judicial de união estável.
§ 4º O beneficiário dependente que nascer após o óbito do beneficiário titular terá direito ao benefício objeto deste módulo, desde que estejam vencidas as carências do titular e a gestação tenha ocorrido em vida deste último.

Cláusula 02. Os dependentes do titular falecido devidamente cadastrado terão direito ao benefício objeto deste módulo pelo período de 5 (cinco) anos, contados a partir do falecimento do beneficiário titular, observadas não só as eventuais carências contratuais, mas também as específicas para o benefício-família exigidas do beneficiário titular ou dependentes.
Parágrafo único. Será descontado do período de 05 (cinco) anos, no qual será prestado o benefício previsto neste módulo, o tempo que os beneficiários dependentes consumirem para entregar à CONTRATADA a carteira de identificação

do beneficiário falecido a fim de que seja providenciada a substituição por outras pertinentes ao benefício assegurado.

Cláusula 03. O direito ao gozo do benefício objeto deste instrumento será concedido aos beneficiários dependentes, os quais, além de estarem devidamente incluídos no contrato de assistência à saúde nesta condição, deverão também possuir as seguintes qualificações, ainda que não sejam as mesmas previstas no contrato original:
I – o(a) esposo(a), o(a) companheiro(a), desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;
II - os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o adotado, o enteado, o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;
III - os(as) filhos(as) estudantes, com idade até 24 (vinte e quatro) anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.
Parágrafo único. É indispensável à concessão do presente benefício a efetiva comprovação, por parte do beneficiário dependente pretendente, da dependência econômica do beneficiário titular falecido quando do falecimento deste, não importando eventual situação anterior a esta data.

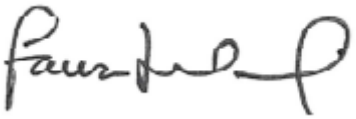
Cláusula 04. Perderá(ão) o direito de legar ou o direito de receber o benefício previsto neste instrumento:
I - o beneficiário titular ou beneficiário dependente oriundo de contrato de prestação de serviços médicos cooperativados que for rescindido, ou que, por qualquer motivo, estiver com sua execução suspensa, antes de sua habilitação à percepção do benefício;
II - os beneficiários dependentes que, antes do óbito, percam esta condição ou dentro do prazo de usufruto do benefício, a partir do momento da perda; e
III - os beneficiários dependentes que, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do óbito do beneficiário titular, não apresentarem, junto à CONTRATADA, a correspondente certidão e os demais documentos comprobatórios da continuidade de sua situação de dependência.

Cláusula 05. As partes elegem o foro da comarca do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

III . ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente em duas (2) vias de igual forma e conteúdo, juntamente com duas (2) testemunhas, ficando uma (1) via para cada parte.
Porto Alegre,___ de _____de _____.

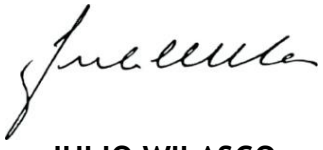
_____
CONTRATANTE



LAURA OLCHIK BORRELLI BORGES

SUPERINTENDENTE DE CONTROLADORIA

CONTRATADA



JULIO WILASCO

SUPERINTENDENTE DE MARKETING E VENDAS

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Módulo de Transporte Aeromédico – Regulamento

I. OBJETO

Cobertura para os serviços de transporte aeromédico, nos estritos termos das cláusulas deste módulo.

II. CLÁUSULAS

Cláusula 01. Aos beneficiários serão prestados serviços de transporte aéreo, precedido de transporte terrestre até o ponto de decolagem da aeronave que realizará o transporte aéreo, acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de atendimento, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes deste regulamento, uma vez cumpridas as obrigações da parte **CONTRATANTE**, igualmente aqui previstas, indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do presente instrumento.

Cláusula 02. Os serviços contratuais serão exigíveis, cumpridas, preliminarmente, as seguintes condições:
I - solicitação do médico responsável pelo atendimento do beneficiário, no hospital em que este esteja internado, uma vez enquadrado o último numa das hipóteses previstas na cláusula quinta deste regulamento;
II - providência prévia, por parte dos beneficiários ou seus responsáveis, quanto à escolha e reserva do local de atendimento médico para onde o paciente beneficiário será transportado, cumprindo-lhes executar as diligências que deveriam executar caso de atendimento local se tratasse, nos termos do contrato principal firmado entre as partes;
III - cumprimento, por parte do beneficiário, da carência para a enfermidade que o acomete, prevista no contrato principal em seu nome firmado;
IV - pontualidade da **CONTRATANTE** com as obrigações previstas no contrato;
V - enquadramento do beneficiário nas hipóteses da cláusula quinta deste instrumento;
VI – avaliação conclusiva, por parte da equipe responsável pelos cuidados médicos de translado, que não contraindique a realização do transporte, face ao estado de saúde do beneficiário e a sua relação com a distância, o tempo de remoção, a proximidade do recurso tecnicamente mais adequado, o local do destino e, neste, a existência efetiva de reserva hospitalar, bem como a existência de ambulância adequada à remoção do paciente até o nosocômio;
VII – avaliação conclusiva, por parte da equipe responsável pelo transporte aéreo, da existência de adequadas condições de voo, na conformidade das regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica do Brasil.

§ 1º O médico responsável pelo atendimento, para acionar os serviços de remoção aeromédica, terá necessariamente de ser associado da **CONTRATADA** ou de outra cooperativa médica do tipo UNIMED, aplicando-se, a última hipótese, tão somente nos casos em que o contrato principal preveja atendimentos fora das cidades em que atua diretamente, por intermédio do seu quadro associativo, a **CONTRATADA**.
§ 2º Excetuam-se das hipóteses previstas no parágrafo primeiro desta cláusula todos os casos nos quais for permitido, pelo contrato básico, o atendimento por médico que não seja associado de cooperativa médica UNIMED.
§ 3º Na hipótese de ser impossível, tecnicamente, o transporte aéreo, e possível, tecnicamente, o transporte terrestre por ambulância, a **CONTRATADA** prestará, substitutivamente, tais serviços, aos beneficiários da **CONTRATANTE**.
§ 4º A impossibilidade técnica de que trata este instrumento é aquela decorrente de qualquer fator que torne impraticável, em geral, a aviação, e, especificamente, no momento, o transporte aeromédico, tais como condições meteorológicas desfavoráveis e falta de infraestrutura aeroportuária na origem ou destino, dentre outros.

Cláusula 03. A remoção aérea de que trata o presente contrato limita-se, exclusivamente, ao encaminhamento, de algum ponto do território brasileiro até um local de atendimento médico mais próximo e adequado à continuidade do tratamento recomendado ao beneficiário, contanto que este local esteja compreendido nas cidades onde existe cobertura médica pelo contrato.

Cláusula 04. A entidade que executar os serviços somente será responsável pelo transporte terrestre do beneficiário, da aeronave ao local de atendimento médico e, se for o caso, vice-versa, competindo à **CONTRATANTE** arcar diretamente com as operações de transporte terrestre fora do mesmo limite geográfico.

Cláusula 05. Somente será concedido o translado na hipótese de o beneficiário estar sofrendo de uma das seguintes enfermidades, sem que esteja em coma irreversível, ou sem possibilidades terapêuticas (fase terminal):
I - traumatismo cranioencefálico que necessite de tratamento intensivo;
II - aneurisma cerebral roto que de necessite assistência intensiva;
III - traumatismo de face que necessite de cirurgia de reconstrução;
IV - traumatismo ocular grave, com possibilidades de perda de visão;
V - traumatismo raquimedular que necessite de cuidados intensivos;
VI - embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e uso de trombolíticos;
VII - choque cardiogênico que necessite de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) dotada de recursos superiores àquela onde se encontra o beneficiário;
VIII - cirurgia cardíaca, uma vez não havendo quem a realize no local em que for originariamente atendido o beneficiário;
IX - pós-operatório causado por traumatismo ocorrido em hospitais que não possuam recursos adequados;

X - queimaduras elétricas, térmicas e químicas, com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
XI - angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite de comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando, no local onde for originariamente atendido o beneficiário, não houver condições de tal comprovação;
XII - aneurisma dissecante de aorta que necessite de UTI;
XIII - hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite de UTI;
XIV - assistência ventilatória, quando esgotado todo o arsenal terapêutico no local onde for originariamente atendido o beneficiário, necessitando este de UTI mais adequada;
XV - insuficiência respiratória aguda que necessite de ventilação mecânica por motivo de instabilidade torácica ou aspiração de conteúdo gástrico;
XVI - pancreatite aguda (critério de Ranon);
XVII - trauma torácico com contusão pulmonar e com alterações hemodinâmicas;
XVIII - asma grave refratária que necessite de ventilação mecânica, no local do atendimento inicial indisponível;
XIX - insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise, no local do atendimento inicial indisponível;
XX - insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
XXI - hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica, em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
XXII - estado de mal epilético que de necessite curarização e ventilação mecânica;
XXIII - assistência em UTI, desde que não seja devida a tumores benignos ou malignos;
XXIV - politraumatismos com fraturas que necessitem de cirurgia, nas quais haja comprometimento de órgãos vitais, quando não haja, no local do atendimento inicial do beneficiário, condições para tal procedimento;
XXV - fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
XXVI - fratura de bacia que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVII. - traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local do atendimento inicial, não haja condições técnicas;
XXVIII - intoxicações agudas que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
XXIX - afogamento involuntário que necessite de assistência ventilatória e UTI;
XXX - amputações traumáticas, com possibilidade de reimplante (respeitado o período de viabilidade cirúrgica);
XXXI - infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico; e
XXXII - picada de animais peçonhentos, com risco de vida, que necessite de atendimento em UTI.
§ 1º Fica vedado o enquadramento por semelhança, para concessão do translado.

§ 2º A concessão do translado não significa a responsabilidade pelo atendimento, caso se trate de hipóteses nas quais este é contratualmente excluído, situação na qual cessará toda e qualquer cobertura, uma vez cumprida a remoção.
§ 3º Em nenhuma hipótese será concedido reembolso de despesas de translado, o qual somente poderá ser realizado, para obtenção da cobertura prevista no presente regulamento, na forma neste discriminada.
§ 4º A entidade executora dos serviços, nos casos de óbito de transportados, não assumirá qualquer responsabilidade com diligências e custos de translados, funerais e sepultamento.

Cláusula 06. Estão fora de cobertura contratual, em qualquer hipótese, os beneficiários que ponham em risco a integridade física e a saúde dos tripulantes das aeronaves, bem como a própria integridade da aeronave, tais como:
I - portadores de doenças infectocontagiosas;
II - pacientes submetidos a tratamento com material radioativo ainda contaminante;
III - portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo;
IV - pacientes submetidos ou a serem submetidos a atos médicos em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica; e
V - portadores de doenças mentais ou transtornos psicológicos perigosos e violentos.

Cláusula 07. A prestação dos serviços contratados será realizada por entidade indicada pela **CONTRATADA**.

Cláusula 08. As aeronaves que serão colocadas à disposição da **CONTRATANTE** estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte do paciente, não tendo, contudo, qualquer peça para prótese.

Cláusula 09. Nem a **CONTRATADA** nem a entidade responsável pela execução dos serviços de transporte aeromédico têm sobre si o risco da falta de vagas hospitalares, ou da impossibilidade do cumprimento de exigências por parte dos nosocômios para onde podem ser transportados os beneficiários, sempre que elas não estiverem na responsabilidade da primeira, em função do contrato principal.

Cláusula 10. Caberá à entidade que executa os serviços definir o tipo de aeronave que enviará, respeitando suas disponibilidades e condições de aeronavegabilidade, bem como a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, sempre obedecendo às normas e instruções do Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica.

Cláusula 11. Os serviços contratuais terão prestação contínua, sendo acionados mediante solicitação, devidamente trazida pela Central de Atendimento 24 Horas da entidade que os execute, por parte do médico que estiver prestando o atendimento.

Cláusula 12. A entidade executora dos serviços somente transportará beneficiário cuja solicitação de transporte aeromédico se fez tardiamente, na hipótese em que ele ou seus responsáveis assinem documento exonerando a primeira de qualquer responsabilidade.

Cláusula 13. São igualmente da responsabilidade da **CONTRATANTE** e de seus beneficiários os prejuízos causados pela comunicação, à Central de Atendimento 24 Horas, parcial, equivocada, imprecisa, tendenciosa, pouco clara, com a omissão de fatos e dados relevantes ao quadro clínico ou com demora na providência de itens que condicionam o translado, tais como definidos no presente contrato.

Cláusula 14. Fica a entidade responsável pelo serviço de remoção aeromédica, mediante este instrumento autorizada a executar todo e qualquer ato ou procedimento médico, contanto que seja adequado ao tratamento do beneficiário, quando de seu transporte aeromédico.

Cláusula 15. Fica a entidade que executa o serviços autorizada, em situações decorrentes de piora clínica do beneficiário; de deterioração das condições atmosféricas, de aeronavegabilidade; de defeito da aeronave e de qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, a deslocar o beneficiário ao local mais adequado ao seu atendimento, nas circunstâncias.

Cláusula 16. Em caso de óbito do beneficiário, ocorrido quando sob a responsabilidade médica da prestadora do serviço de transporte aeromédico, a equipe médica assistente encaminhará o falecido ao Serviço de Verificação de Óbito - Instituto Médico Legal, para a expedição do atestado de óbito, sempre que houver motivo que respalde tal ação.

Cláusula 17. São beneficiários do presente módulo opcional aqueles inscritos pela **CONTRATANTE**, igualmente inscritos no contrato de assistência à saúde existente entre as partes.
Parágrafo único. As inclusões ou exclusões de beneficiários obedecerão ao contrato original, no que este prevê e vier a prever a este respeito.

Cláusula 18. Fica estabelecido, para a utilização dos serviços neste contrato convencionados, o prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da efetiva inscrição do beneficiário da **CONTRATANTE** junto à **CONTRATADA**.

Cláusula 19. Termina a concessão dos serviços aqui previstos na mesma forma em que terminar a prestação dos serviços do contrato, em relação a cada beneficiário ou à **CONTRATANTE**.

Cláusula 20. Os direitos aos serviços de transporte aeromédico são exclusivamente aqueles aqui previstos, estando fora de cobertura todos aqueles que nele expressamente não constem.

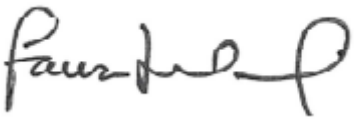
Cláusula 21. As partes elegem o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

III. ENCERRAMENTO

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em duas (2) vias de igual forma e conteúdo, juntamente com duas (2) testemunhas, ficando uma (1) via para cada parte.

Porto Alegre,___ de _____de _____.

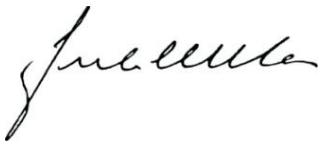
_____
CONTRATANTE



LAURA OLCHIK BORRELLI BORGES

SUPERINTENDENTE DE CONTROLADORIA

CONTRATADA



JULIO WILASCO

SUPERINTENDENTE DE MARKETING
E VENDAS

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

Operadora: Unimed Porto Alegre – Cooperativa Médica Ltda.
CNPJ: 87.096.616/0001-96
Nº de registro na ANS: 352501
Nº de registro do produto: **403.023.981**
Site: unimedpoa.com.br
Telefone: 0800 510 4646

Guia de Leitura Contratual

		Páginas do Contrato
Contratação	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetricia, hospitalar sem obstetricia, ambulatorial, odontológica e sua combinações.	01
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletivo ou individual.	02
Área Geográfica de Abrangência e Atuação	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	02
Coberturas e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado pela operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	04
Exclusões de Cobertura	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	13
Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	16

Carências	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seus contratos e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	15
Mecanismos de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação) assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	20
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.	15
Rescisão/Suspensão	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	32
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	26
Continuidade no Plano Coletivo Empresarial (Art. 30 e 31 da Lei Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	----

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA COMPLETA DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9556
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br