

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

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO N°. UNIFLEX
REGIONAL-ENFERMARIA - COPARTICIPAÇÃO 50%
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

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

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 77.858.611/0001-08 Registro da Operadora na ANS n° 360.449

Classificação: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Dom Jaime Câmara, n°. 94 CEP. 88.015-120

Bairro: Centro — Florianópolis/SC

1.2. QUALIFICAÇÃO DO (A) CONTRATANTE:

Razão Social: ASSIBGE SINDICATO NACIONAL TRAB F.P.F.GEO E ESTATISTICA

Nome Fantasia: ASSIBGE-SIND NACIONAL NUCLEO SINDICAL SANTA CATARINA

CNPJ: 59.954.388/0013-46

Endereço: Rua João Pinto, 12, Centro, Florianópolis/SC, CEP 88.010-420

1.3. DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO	Nº REGISTRO ANS
UniflexRegional 50% Coparticipação Coletivo por Adesão	450.633/04-2

1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Por Adesão**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as pessoas jurídicas contratantes.

1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: A área de abrangência geográfica do presente contrato é GRUPO DE MUNICÍPIOS, compreendendo os municípios da área de atuação da Unimed Grande Florianópolis.

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: A área de atuação do presente contrato se limita aos municípios listados: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

1.8. FORMAÇÃO DE PREÇO: Trata-se de um plano de assistência à saúde com os **valores preestabelecidos** para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

1.9. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: A internação se dará em **QUARTO**

COLETIVO.

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

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

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço preestabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de **assistência ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.**

2.2. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. **Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.**

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

CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

3.1. O plano coletivo por adesão se destina as pessoas jurídicas abaixo listadas, que mantêm **vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com o beneficiário titular:**

- a) conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- c) associações profissionais legalmente constituídas;
- d) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa n.º 195/09;
- f) entidades previstas na Lei n.º 7.395/1985 (as Uniões Estaduais dos Estudantes, Diretórios Centrais dos Estudantes) e na Lei n.º 7.398/1985 (os Grêmios Estudantis).

3.2. Por ocasião da contratação do plano de saúde o (a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e comprovar a legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo indicados:

- a) Contrato Social e alterações ou última alteração contratual consolidada ou Estatuto Social e alterações ou Certidão de Títulos e Documentos de Atos Constitutivos;

- b) Certidão Simplificada da JUCESC, **emitida a menos de 90 (noventa) dias**;
- c) Cartão do CNPJ;
- d) Comprovante de endereço, **emitido a menos de 90 (noventa) dias**;
- e) Documento que comprove a elegibilidade do titular, ou seja, o seu vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) Telefone para contato;
- g) Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados;

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

3.4. O (A) CONTRATANTE também fica obrigado (a) a fornecer a qualquer momento informações para atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a viabilizar o cumprimento das obrigações perante o órgão regulador do setor.

3.5. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, por meio do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras).

3.6. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo (a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

3.7. Os Formulários Cadastrais devem ser assinados pelos beneficiários titulares e pelo (a) CONTRATANTE, ficando este responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

3.8. Pode ser inscrito como beneficiário titular do plano de saúde a pessoa física **trabalhador em fundação pública federal de geografia e estatística (IBGE) ativos, inativos, pensionistas e trabalhadores temporários**, que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica CONTRATANTE, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

3.9. Pode ser inscrito como dependente do beneficiário do titular do plano de assistência à saúde:

- a) o cônjuge;
- b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o (s) filho (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- d) o (s) enteado (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- e) o (s) neto (s) solteiro (s) até **33 anos incompletos**;
- f) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
- g) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;

3.10. O ingresso e permanência dos dependentes dependerão da inscrição do beneficiário titular no plano.

3.11. É assegurada a inscrição de **recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela**, filho do

titular ou de seu dependente, desde que atendidas às condições abaixo:

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

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

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

3.13. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo (a) CONTRATANTE a CONTRATADA por meio do Formulário de Cadastro.

3.14. A inscrição do beneficiário titular e dependentes fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época da inscrição no plano:

- a) Formulário de Cadastro (um por titular), devidamente assinado pelo titular do plano e pelo (a) CONTRATANTE;
- b) Carta de Orientação ao Beneficiário assinada pelo beneficiário ou seu representante legal (titular e dependentes);
- c) Declaração de Saúde, devidamente preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos no plano (titular e dependentes);
- d) Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária (CPT) assinado pelo beneficiário portador da Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

3.15. Para inscrição do beneficiário titular no plano devem ser apresentados os documentos a seguir:

- a) Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG ou RIC;

b) Comprovante de residência (água, luz, telefone, contrato de locação ou declaração de endereço com firma reconhecida), **emitido a menos de 90 (noventa) dias**;

c) Comprovante de vínculo com a CONTRATANTE:

- 1) **Conselhos profissionais e entidades de classe:** Carteira de exercício profissional com validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.
- 2) **Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações, Associações profissionais, Cooperativas, Caixas de Assistência e fundações de direito privado, Entidades Previstas na Lei nº 7.395/1985 e outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:** documento de inscrição de regularidade expedido pelo órgão.

3.16. Para inscrição de beneficiário dependente no plano devem ser apresentados os seguintes documentos:

a) **Cônjuge:** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Certidão de Casamento Civil;

b) **Companheiro (a):** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Escritura Pública Declaratória de União Estável ou Declaração Particular de União Estável, assinada pelos conviventes e duas testemunhas, com firma reconhecida em Cartório;

c) **Filho, natural ou adotivo, enteado e neto:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Certidão de Nascimento (emitida a menos de 90 dias), do RG e do CPF;

d) **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG, Certidão de Nascimento e sentença transitada em julgado.

e) **Incapaz:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento/Casamento (emitido a menos de 90 dias), RG, CPF e Termo de Curatela.

3.17. O (A) CONTRATANTE deve fornecer à CONTRATADA o **número do CPF dos beneficiários com 8 (oito) anos ou mais** que constem como dependentes na Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (DIRPF), por força de Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil.

3.18. A CONTRATADA poderá exigir a autenticação das cópias de todos os documentos solicitados nesta cláusula.

3.19. A CONTRATADA poderá solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise da legitimidade da pessoa jurídica e dos beneficiários.

3.20. Quando o beneficiário estiver impossibilitado de assinar a documentação para aquisição, transferência ou cancelamento do plano de saúde, este **podará ser representado por terceiros, mediante apresentação de procuração com poderes específicos para o ato**, sendo:

a) **Procuração Pública com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou**

cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; ou

b) Procuração Particular com firma reconhecida com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT; e

c) Para os clientes analfabetos, deficientes visuais, impossibilitados de assinar por motivo de doença: somente será aceita procuração pública a rogo (feita em cartório) com poderes expressos e específicos para contratação, transferência e/ou cancelamento de plano de saúde, bem como preenchimento de DS e Termo de CPT;

3.21. O procurador deve apresentar cópia de documento oficial de identificação com foto (RG, CTPS, CNH, passaporte, etc.) e CPF.

3.22. A procuração utilizada deve ser anexada ao formulário, em via original ou cópia autenticada em cartório.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. O plano de assistência à saúde contratado não possui acesso a livre escolha de prestadores para atendimento. O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no plano de saúde têm direito a atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe,

4.2. A CONTRATADA reserva-se o direito de garantir APENAS a cobertura mínima obrigatória definida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que respeitadas as:

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

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

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

4.3. A cobertura será assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação, a cláusula de exclusão de coberturas e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. E incluirá:

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

exigências mínimas estabelecidas em Lei;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

na vivência de cada indivíduo do grupo;

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

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

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

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

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

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

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

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

15) hemoterapia ambulatorial;

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

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

18) atendimento psiquiátrico, observado que 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;

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

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

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

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

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

24) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

25) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;

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

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

28) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

29) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de

fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

- 30) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 31) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 32) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 33) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 34) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.
- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas com deficiências.
- 35) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 36) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas **que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar**;

- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
- b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 37) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 38) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- e) hemoterapia;
- f) nutrição parenteral ou enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- i) radiologia intervencionista;
 - j) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - l) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 39) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 40) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 41) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta) dias da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
 - b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- 42) entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- 43) Nos transplantes de córnea e rim, **as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluem:**
- a) **despesas assistenciais com doadores vivos;**
 - b) **medicamentos utilizados durante a internação;**
 - c) **acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;**
 - d) **despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.**
- 44) os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

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

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

5.1. Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:**

1) **empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;**

2) **são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou**

3) **empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.**

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

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

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

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

f) **fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:**

1) **importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**

2) **medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;**

- 3) Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e comocões internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;
- o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- q) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou

protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;

- t) **procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;**
- u) **os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.**

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

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

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O início de vigência do contrato dar-se-á no dia **01/03/2020**, conforme negociação entre as partes, visto que até o início da vigência estabelecida não haverá nenhum pagamento.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 7ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Para que possam utilizar os serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de inscrição do beneficiário no plano:

Grupos de Procedimentos	Prazo
-------------------------	-------

Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames laboratoriais (exceto de genética), anatomopatológicos e citopatológicos, raio-x simples e contrastado, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Consulta e Sessão de Fisioterapia	90 dias
Parto a termo	300 dias
Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta	180 dias
Todas as demais coberturas que não constam nesta tabela	180 dias

7.2 Ficam isentos do cumprimento dos períodos de carência acima estabelecidos os beneficiários inscritos nos seguintes períodos:

- a) **Na contratação** - Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
- b) **A cada aniversário do contrato** - Os beneficiários titulares que formalizarem o ingresso no plano em até 30 (trinta) dias do aniversário do contrato, desde que a vinculação a pessoa jurídica contratante tenha sido efetivada após 30 dias da celebração do contrato. A isenção de carências é extensiva aos dependentes que forem inscritos na mesma data do titular.

7.3. Os dependentes inscritos após a adesão do titular cumprirão as carências normais previstas no contrato, ressalvados aqueles que se tornaram dependentes após o ingresso do titular, que poderão ser inscritos no próximo aniversário do contrato isentos do cumprimento de carência e os recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

7.4. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento e inscrito no plano na condição prevista no parágrafo anterior, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

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

7.6. Quando se tratar de beneficiário(s) no **exercício da portabilidade de carências**, deverão ser cumpridos os **prazos de carências remanescentes**, descontados os períodos de permanência no plano de origem. Se houver **ampliação de cobertura** será devido o **cumprimento integral dos prazos de carências** para a cobertura superior ao do plano de origem.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

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

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

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

8.6. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária.

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

8.8.A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

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

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

8.11. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o

ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

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

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

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

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

9.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1.1 Para fins do que dispõe o art. 35-C da Lei n.º 9.656/98e para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) **Emergência:** situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) **Urgência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.1.2. Beneficiário (a) em período de carências:

- a) A cobertura para os atendimentos de emergência fica limitada as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas;
- b) Complicações no processo gestacional e a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias: o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida;
- c) Complicações no processo gestacional e a beneficiária esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias: atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da

internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas;

d) Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal assegurado de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, após 24 horas da vigência do contrato, sem restrições.

9.1.3. Beneficiário com carências já cumpridas:

a) Atendimento integral para urgência ou emergência de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, exceto para as patologias que ainda estiverem em período de cobertura parcial temporária.

9.1.4. Beneficiário em período de Cobertura Parcial Temporária

a) Quando o beneficiário estiver em período de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente, ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial;

b) Se, na continuidade do atendimento mencionado no item anterior, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no tópico abaixo.

9.2 REMOÇÃO

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

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

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

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

9.2.3. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis

optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

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

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

- 1) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- 2) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- 3) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- 4) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido,** conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

b) Quando o beneficiário estiver forada área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- 1) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
- 2) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano,** conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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

9.3. REEMBOLSO:

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

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

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

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

9.3.3. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259/11 ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:

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

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

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

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

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

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

9.3.5. A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou

atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

9.3.6. A solicitação de reembolso prevista nesta cláusula, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário dependente, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

9.3.7. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas, sendo:

- a) **Cópia da conta do atendimento (conta médica, relatório médico, pedido, laudo);**
- b) **Documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento, descrição do serviço prestado e nome do beneficiário atendido;**
- c) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- d) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
- e) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT):** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

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

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

10.2. COPARTICIPAÇÃO

10.2.1. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde.

10.2.2. A coparticipação **incidirá sobre todos os serviços/procedimentos classificados como ambulatoriais, incluindo inclusive os procedimentos abaixo exemplificados:**

- a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;

c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

10.2.3. A coparticipação será de **50% (cinquenta por cento)** sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, observado o limite máximo de R\$ 190,00 (cento e noventa reais) por serviço/procedimento realizado.

10.2.4. Os atos médicos praticados em **caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA** nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre **19h e 7h do dia seguinte**;
- b) Em qualquer horário aos **sábados, domingos e feriados**;
- c) Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

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

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

10.2.7. Na internação psiquiátrica, somente haverá coparticipação quando ultrapassados 30 dias de internação, contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do contrato. O valor cobrado será de **R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por diária excedente**.

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

10.2.9. Os valores da Tabela de Referência utilizada para cobrança de coparticipação, mencionada no parágrafo 10.2.8, não se confundem com os valores do custo efetivo do procedimento acordado entre a CONTRATADA e o prestador de serviço.

10.3. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

10.3.1. A CONTRATADA emitirá para o beneficiário titular e dependentes o cartão individual de identificação, constando o prazo de validade.

10.3.2. O cartão de identificação mencionado no parágrafo anterior será encaminhado para o (a) CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias da data de inclusão dos beneficiários. O (A) CONTRATANTE ficará responsável pela entrega do cartão de identificação ao beneficiário titular do plano.

10.3.3. Caso o beneficiário e/ou o (a) CONTRATANTE não tenha recebido o cartão de identificação no prazo mencionado no parágrafo 10.3.2, deverá entrar em contato com a CONTRATADA e solicitar o reenvio.

10.3.4. Para utilização do plano de saúde, o beneficiário deve apresentar o cartão individual de identificação e documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial (por exemplo: carteira de identidade, carteira de trabalho, carteira profissional, passaporte, etc.).

10.3.5. Caso o beneficiário não esteja na posse do cartão individual de identificação e necessite de atendimento, deverá entrar em contato com a CONTRATADA que lhe fornecerá o código de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

10.3.6. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do (a) CONTRATANTE a imediata devolução dos respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido e pelos atendimentos realizados pelos beneficiários a partir da data de exclusão, inclusive nos casos de urgência e emergência.

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

10.4. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

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

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

10.4.3. Na hipótese de divergência técnico-assistencial entre a CONTRATADA e o médico assistente ou cirurgião dentista, sobre procedimento ou evento em saúde, a operadora poderá ser realizada Junta Médica ou Odontológica para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente, conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

10.4.4. A Junta Médica ou Odontológica será formada pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um terceiro médico, denominado desempataador, escolhido em comum acordo entre o profissional assistente e a CONTRATADA.

10.4.5. A CONTRATADA arcará com os honorários do desempataador, inclusive despesas de

passagem e estadia, quando necessários.

10.4.6. A CONTRATADA notificará, simultaneamente, o profissional solicitante e o beneficiário, ou seu representante legal, do processo de Junta Médica ou Odontológica, por quaisquer meios de comunicação que comprovem sua ciência inequívoca, como Aviso de Recebimento – AR, telegrama, ligação gravada ou e-mail com aviso de leitura.

10.4.7. A Junta Médica poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador.

10.4.8. Na Junta Médica presencial o beneficiário será notificado para comparecer no local designado pela CONTRATADA, lhe sendo indicado 3 (três) diferentes datas para realização, ficando esta a critério do beneficiário.

10.4.9. Para análise da divergência, o desempatador poderá solicitar exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, os quais serão cobertos pela CONTRATADA sem prévia autorização, observada a segmentação contratada.

10.4.10. A ausência não comunicada do beneficiário na Junta Médica Presencial ou caso este deixe de realizar os exames complementares solicitados pelo desempatador implicam na prevalência da manifestação do profissional da operadora, sendo facultado ao beneficiário reiniciar o processo de autorização, solicitando-o novamente.

10.4.11. Os prazos de garantia de atendimento serão suspensos, apenas por única vez, por 3 (três) dias úteis, quando o desempatador solicitar exames complementares ou na ausência comunicada do beneficiário à junta presencial previamente agendada.

10.4.12. Concluída a junta, o parecer técnico do desempatador será acatado para fins de cobertura do procedimento ou evento de saúde solicitado, sendo o beneficiário e o médico assistente notificados do resultado da análise clínica realizada, por quaisquer dos meios descritos no parágrafo 10.4.6.

10.4.13. Na hipótese do parecer do desempatador concluir pela não realização do procedimento, a indicação não caracterizará negativa de cobertura assistencial indevida por parte da operadora.

10.4.14. O atendimento e autorização observarão:

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

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

c) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou

contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

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

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

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

g) Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

h) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

10.4.15. As regras acima não se aplicam ao atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarado pelo médico assistente, estando assegurado o acesso imediato aos procedimentos.

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

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

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

10.4.17. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para comunicar a CONTRATADA da realização do atendimento.

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

10.4.19. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá contatar a CONTRATADA, por meio do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, e solicitar o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

b) A contagem do prazo para garantia do atendimento é contado a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento.

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

10.4.21. A CONTRATADA, a seu critério, poderá exigir que o beneficiário se submeta a exame pericial, com o intuito de realizar análise técnica do procedimento médico solicitado. Os custos com honorários médicos e exames, neste caso, serão arcados pela CONTRATADA.

10.4.22. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do sítio www.unimedflorianopolis.com.br, sob a indicação de Rede RB62. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na cláusula Disposições Gerais.

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

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

- a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- b) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- c) Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
- e) A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

11.2. O (A) CONTRATANTE pagará a título de mensalidade, por beneficiário, os valores constantes na tabela abaixo:

Faixa Etária	Valor da Mensalidade
00 a 18	R\$ 154,28
19 a 23	R\$ 186,68
24 a 28	R\$ 224,01
29 a 33	R\$ 262,10
34 a 38	R\$ 309,28
39 a 43	R\$ 352,58
44 a 48	R\$ 398,42
49 a 53	R\$ 494,03
54 a 58	R\$ 632,37
59 ou +	R\$ 904,29

11.3. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas no parágrafo anterior e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato serão reajustados a cada 12 (doze) meses, conforme Cláusula 12ª - Reajuste.

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

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

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

11.6. O (A) CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, **fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.**

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

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

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

11.10. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

11.11. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela **aplicação do percentual e/ou quantias previstas sobre a Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, vigente na data do atendimento.** Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

11.12. Os custos referentes às internações psiquiátricas que ultrapassem 30 dias, quando for o caso, se darão pela multiplicação dos valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação pelo número de diárias excedidas.

11.13. A CONTRATADA faturará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão e/ou os atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do recebimento das cobranças do prestador de serviço, dentro do prazo de até 3 (três) anos.

11.14. Na hipótese de inadimplência das obrigações financeiras assumidas pelo beneficiário titular, o CONTRATANTE poderá, a seu critério, proceder à exclusão do beneficiário titular e seu(s) dependente(s) na forma estabelecida no parágrafo 14.3, da Cláusula 14ª do presente contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

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

12.2. Contrato com mais de 99 beneficiários: Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, seguindo os parâmetros abaixo:

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

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

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

Despesa Assistencial: É a soma de todas as despesas assistenciais no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: É a soma de todos os valores de coparticipação do período.

Receitas Líquidas do Plano: É soma de todos os valores de contraprestações do período.

c) Portanto, quando a sinistralidade do contrato superar o patamar de 75% (setenta e cinco por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% +IGPM).

d) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- 1) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- 2) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

e) Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso

de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, o percentual aplicado será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao IRT.

- f) Caso o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência) seja **igual a zero ou negativo** e a sinistralidade seja igual ou inferior a **75% (setenta e cinco por cento)**, poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

12.3. Contrato com até 99 (noventa e nove) beneficiários: Quando o contrato tiver até 99 (noventa e nove) beneficiários, o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com até 99 (noventa e nove) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- a) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- b) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.
- c) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, seguindo os parâmetros abaixo:
- d) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico e a Sinistralidade do agrupamento serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de vigência do reajuste do agrupamento.
- e) O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{Sinistralidade}}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

Despesa Assistencial: É a soma de todas as despesas assistenciais do agrupamento com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa

natureza.

Coparticipação: É a soma de todos os valores de coparticipação do agrupamento.

Receitas Líquidas do Plano: É a soma de todos os valores de contraprestações do agrupamento.

f) Quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de **75% (setenta e cinco por cento)**, o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% +IGPM).

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

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

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

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

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

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

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 a 18	00,00%
19 a 23	23,00%
24 a 28	23,58%
29 a 33	17,76%
34 a 38	17,32%
39 a 43	16,19%
44 a 48	14,75%
49 a 53	18,21%
54 a 58	22,05%
59 ou +	35,40%

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

a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b) a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1. Será excluído o beneficiário titular e/ou dependentes, quando o contrato for rescindido conforme dispõe a Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e nas situações elencadas abaixo:

14.2. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

a) mediante solicitação do titular ao (à) CONTRATANTE, devendo este (a) comunicar a CONTRATADA. Neste caso, a exclusão terá **efeito imediato e caráter irrevogável**, a partir da data de ciência da CONTRATADA;

b) por solicitação do beneficiário titular diretamente a CONTRATADA, sem anuência do(a) CONTRATANTE. Neste caso, a exclusão terá **efeito imediato** a partir do conhecimento da CONTRATADA, através dos canais de atendimento abaixo:

- 1) SAC: conforme número de telefone informado no verso do seu cartão;
- 2) Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS: disponível no endereço eletrônico: www.unimedflorianopolis.com.br;
- 3) Presencial: Atendimento presencial na Rua Antônio Dib Mussi, 351, Centro, Florianópolis - SC, CEP n.º 88015-110.

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

- a) Inadimplência dos valores devidos, relativos às mensalidades e/ou participações.
- b) perder o vínculo com o(a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;

14.4. POR INTERESSE DA CONTRATADA, sem anuência da CONTRATANTE, com efeito a partir da data informada por esta, nas situações abaixo:

- a) por fraude;
- b) por perda de vínculo do beneficiário titular com o (a) CONTRATANTE;
- c) serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão;
- d) na hipótese mencionada no parágrafo 14.2, alínea “b”;

14.5. Para fins do disposto no item “c” do parágrafo anterior perdem a condição de beneficiário:

- a) o cônjuge, no caso de separação ou divórcio;
- b) o (a) companheiro (a), no caso de dissolução da união estável;
- c) o filho solteiro com **33 anos completos**;
- d) o enteado solteiro com **33 anos completos**;
- e) o neto solteiro com **33 anos completos**;
- f) quando cessada a guarda, tutela e curatela.

14.6. Considera-se fraude, para fins do disposto na letra “a” do parágrafo 14.4, a omissão de doença ou lesão preexistente devidamente comprovada pela CONTRATADA e declarada pelo órgão

regulador, bem como a utilização do cartão individual de identificação por terceiros.

14.7. O (s) beneficiário (s) também será (ao) excluído (s):

a) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;

b) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Rescisão Contratual;

14.8. As solicitações de exclusões por interesse do beneficiário titular e/ou do (a) CONTRATANTE deverão ser formalizadas por meio de formulário de exclusão e seus campos deverão ser preenchidos de **forma correta, legível e sem rasuras, sob pena de não efetivação do pedido.**

14.9. A exclusão do titular e dependentes do contrato de plano de saúde implicará:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

e) efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência desta operadora;

f) as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;

g) as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

h) a CONTRATADA pode excluir a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE, por perda dos vínculos do titular, ou de dependência, conforme previsão contratual.

i) A exclusão do beneficiário titular implica, conseqüentemente, na exclusão dos respectivos dependentes.

14.10. Recebida a solicitação prevista no parágrafo 14.2, as guias em poder do beneficiário

excluído, mesmo que autorizadas, estão imediatamente canceladas.

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

14.12. Os beneficiários dependentes inscritos no plano, conforme cláusula de Condições de Admissão, excluídos em razão da **perda da condição de dependência ou óbito do titular**, poderão exercer a **portabilidade de carências** nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a operadora**, nos termos da legislação vigente.

14.13. No caso em que houver contratação do serviço adicional **Fundo de Extensão Assistencial (FEA)**, findo o período de remissão, os beneficiários serão excluídos do plano de assistência à saúde, mas poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, **em até 60 (sessenta) dias a contar da data da exclusão**, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, aproveitados os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridos neste contrato.

14.14. As exclusões por interesse da CONTRATANTE deverão ser informadas à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente à solicitação.

CLÁUSULA 15ª - RESCISÃO CONTRATUAL

15.1.A CONTRATADA poderá rescindir este contrato quando houver **atraso no pagamento das obrigações financeiras por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato**, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito, com os acréscimos legais e contratuais advindos da inadimplência.

15.2. O presente contrato poderá ser rescindido **imotivadamente** por qualquer das partes, sem quaisquer ônus, após cumprimento do prazo mínimo de vigência de 12 (doze) meses, mediante **aviso prévio**, por meio de **carta registrada com aviso de recebimento (AR)**, com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**.

15.3. O contrato poderá ser rescindido **motivadamente** a qualquer tempo, sem qualquer ônus, mediante aviso prévio, por meio de **carta registrada com aviso de recebimento (AR)**, com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**:

- a) pela CONTRATADA, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
- b) pela CONTRATADA, em caso de falência, recuperação judicial, recuperação extrajudicial ou encerramento das atividades do CONTRATANTE;
- c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais.

15.4.A responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para a efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta da CONTRATANTE;

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

15.6. Antes do término do prazo mínimo de vigência previsto no presente contrato, é facultado a qualquer uma das partes rescindir **imotivadamente** o presente contrato, mediante aviso prévio, por meio de **carta registrada com aviso de recebimento (AR)**, com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, sujeitando-se a parte que requerer a rescisão ao pagamento de **multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência mínima.**

15.7. Os prazos previstos nos parágrafos 15.2, 15.3 e 15.6 serão contados a partir do recebimento da notificação.

15.8. Em caso de rescisão deste contrato, os beneficiários poderão firmar contrato individual/familiar com a CONTRATADA, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de rescisão, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

15.9. Em caso de rescisão do presente, a qualquer título, a partir da rescisão fica desde já estabelecido que:

- a) O custo de internação de beneficiários internados correrá a expensas do CONTRATANTE até a data da alta;
- b) É imprescindível a devolução de todos os cartões de identificação até no final do prazo de aviso prévio ou em 30 (trinta) dias da rescisão, a fim de que não haja utilização indevida.

15.10. Em quaisquer das hipóteses de rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, ficando o ônus sob responsabilidade do (a) CONTRATANTE.

15.11. O (A) CONTRATANTE reconhece como **dívida líquida e certa**, em favor da CONTRATADA, quaisquer **despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento.**

15.12. O beneficiário e seu(s) dependente(s), em caso de rescisão deste contrato por parte da CONTRATADA ou da CONTRATANTE terão direito ao exercício da **portabilidade de carências** nesta Operadora ou em outra, no **prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência da extinção do vínculo com a operadora**, nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA 16ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

I. DOS DOCUMENTOS

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

II. DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

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

formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

III. DO PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

16.3. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS**, disponível no endereço eletrônico: **www.unimedflorianopolis.com.br**, ficando sob responsabilidade do (a) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários a disponibilização do portal.

IV. DA REDE ASSISTENCIAL

16.4. O plano de saúde contratado não prevê a opção de acesso a livre escolha de prestadores. Assim, os atendimentos devem ser realizados pelos prestadores de serviços indicados na Cláusula Mecanismos de Regulação.

16.5. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site” da operadora.

V. DO SIGILO MÉDICO

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

VI. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

16.7. A portabilidade de carências é a possibilidade de o beneficiário mudar de plano de saúde na mesma ou em outra operadora, sem cumprir novos prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT) referente às coberturas previstas na segmentação do plano de origem, desde que cumpridos os requisitos legais estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

16.8. Para efeito desta cláusula e da legislação vigente, consideram-se:

a) Plano de origem: é o plano de saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências;

b) Plano de destino: é o plano de saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

16.9. No exercício da portabilidade a carência será devida quando:

a) houver prazos remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano de origem; e/ou

b) quando a cobertura do plano destino for superior ao plano de origem: sendo devidas as carências integrais para cobertura superior e análise de doença e lesão preexiste, mediante preenchimento de Declaração de Saúde (DS).

16.10. Na portabilidade de carências, quando o beneficiário se encontrar ativo na operadora origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano de origem em até **5 (dias) contados da vigência do novo plano**, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

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

CLÁUSULA 17ª – ELEIÇÃO DE FORO

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

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento em duas vias de mesmo teor.

Florianópolis, 01 de março de 2020.

CONTRATADA

Waldemar de Souza Junior
CRM/SC 5204
Vice-Presidente

CONTRATADA

Jolnei Antônio Haverroth
CRM/SC 4863
Superintendente

CONTRATANTE

Julio Cesar Pacheco Augusto
Diretor Financeiro
CPF n.º 517.175.737-20

CONTRATANTE

Eliana Pereira Bueno
Diretora Secretaria da Saúde e
Aposentados
CPF n.º 139.183.030-4

Reajuste Contratual - Regional 50.pdf

Código do documento dc883db1-f476-48e1-be16-1c9d17d59bb5



Assinaturas



Eliana Pereira Bueno
ebueno.floripa@hotmail.com
Assinou

Eliana Pereira Bueno



Julio Cesar Pacheco Augusto
julio.floripa@hotmail.com
Assinou



elson semiro alves junior
elson.junior@unimedflorianopolis.com.br
Aprovou

Elson Semiro Alves Junior



Ingrid Cristina dos Santos
ingrid.santos@unimedflorianopolis.com.br
Aprovou

Ingrid Cristina dos Santos

Eventos do documento

20 Feb 2020, 08:40:17

Documento número dc883db1-f476-48e1-be16-1c9d17d59bb5 **criado** por ELSON SEMIRO ALVES JUNIOR (Conta fcffc3b7-0196-4c5c-b3b5-d84263e9d34e). Email :elson.junior@unimedflorianopolis.com.br. - DATE_ATOM: 2020-02-20T08:40:17-03:00

20 Feb 2020, 08:45:53

Lista de assinatura **iniciada** por ELSON SEMIRO ALVES JUNIOR (Conta fcffc3b7-0196-4c5c-b3b5-d84263e9d34e). Email: elson.junior@unimedflorianopolis.com.br. - DATE_ATOM: 2020-02-20T08:45:53-03:00

21 Feb 2020, 10:14:36

ELIANA PEREIRA BUENO **Assinou** (Conta bafee4e9-454a-46db-8b0e-6c7aa88c7b99) - Email: ebueno.floripa@hotmail.com - IP: 187.59.59.78 (187.59.59.78.static.host.gvt.net.br porta: 4852) - **Geolocalização:** -27.5987937 -48.548898 - Documento de identificação informado: 139.183.030-04 - DATE_ATOM: 2020-02-21T10:14:36-03:00

21 Feb 2020, 11:55:17

JULIO CESAR PACHECO AUGUSTO **Assinou** (Conta 88da8a53-a0fe-4f43-aef4-8b17cd16f3e3) - Email: julio.floripa@hotmail.com - IP: 152.241.244.52 (152-241-244-52.user.vivozap.com.br porta: 52656) - **Geolocalização:** -27.5967157 -48.6101722 - Documento de identificação informado: 517.175.737-20 - DATE_ATOM: 2020-02-21T11:55:17-03:00

21 Feb 2020, 12:03:59

ELSON SEMIRO ALVES JUNIOR **Aprovou** (Conta fcffc3b7-0196-4c5c-b3b5-d84263e9d34e) - Email: elson.junior@unimedflorianopolis.com.br - IP: 189.90.58.110 (ip-189.90.58-110.globalwave.com.br porta: 54830) - Documento de identificação informado: 084.275.729-56 - DATE_ATOM: 2020-02-21T12:03:59-03:00

05 Mar 2020, 10:18:56

INGRID CRISTINA DOS SANTOS **Aprovou** (Conta 56f53f49-892a-4159-96ce-5814b5a3a772) - Email: ingrid.santos@unimedflorianopolis.com.br - IP: 187.103.104.58 (187-103-104-58.comcorp.net.br porta: 12306) - Documento de identificação informado: 078.748.609-42 - DATE_ATOM: 2020-03-05T10:18:56-03:00

Hash do documento original

(SHA256):c565a940568c5bc2e6cf53a1726b44a657a64b1e0dc92cc0d79e6eea69d68cc3

(SHA512):aee2977c664e4246350f195e47f024b80c1382a7c001ed82c726f476f32753cab9aa14daba1de73280a3e319debac19215063460df509e8a22fcef4c289e8e29

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign