



CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

CONDIÇÕES GERAIS SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM

OBSTETRÍCIA

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

AS CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO ESTÃO REGISTRADAS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO A QUAL ESTE TERMO DE CONDIÇÕES GERAIS É PARTE INTEGRANTE.

AS INFORMAÇÕES ABAIXO SERÃO REGISTRADAS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO:

REGISTRO DO PRODUTO NA ANS; NOME COMERCIAL DO PRODUTO NA ANS; TIPO DE CONTRATAÇÃO; PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO; FORMAÇÃO DO PREÇO; COPARTICIPAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTOS; ÁREA DE ATUAÇÃO DA OPERADORA e ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE.

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA

UNIMED UBERABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
CNPJ 17.774.738/0001-09
Rua Alaor Prata, 294, Centro, Uberaba (MG), CEP 38.015-010
Classificação: Cooperativa Médica (art. 1º, inc. II, Lei 9656/98)
REGISTRO DA OPERADORA NA ANS/MS Nº 35.406-6

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE é a pessoa física devidamente identificada e qualificada conforme dados constantes na **PROPOSTA DE ADMISSÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**, doravante denominada **PROPOSTA**, devidamente assinada com aceite da contratação do plano, o qual é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

TEMA 1 - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, abrangendo apenas e tão somente as coberturas mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e suas diretrizes utilização técnicas e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

CONDIÇÕES GERAIS SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

AS CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO ESTÃO REGISTRADAS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO A QUAL ESTE TERMO DE CONDIÇÕES GERAIS É PARTE INTEGRANTE.

AS INFORMAÇÕES ABAIXO SERÃO REGISTRADAS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO:

REGISTRO DO PRODUTO NA ANS; NOME COMERCIAL DO PRODUTO NA ANS; TIPO DE CONTRATAÇÃO; PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO; FORMAÇÃO DO PREÇO; COPARTICIPAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTOS; ÁREA DE ATUAÇÃO DA OPERADORA e ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE.

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA

UNIMED UBERABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
CNPJ 17.774.738/0001-09
Rua Alaor Prata, 294, Centro, Uberaba (MG), CEP 38.015-010
Classificação: Cooperativa Médica (art. 1º, inc. II, Lei 9656/98)
REGISTRO DA OPERADORA NA ANS/MS Nº 35.406-6

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE é a pessoa física devidamente identificada e qualificada conforme dados constantes na **PROPOSTA DE ADMISSÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE**, doravante denominada **PROPOSTA**, devidamente assinada com aceite da contratação do plano, o qual é parte integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

TEMA 1 - ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1 - O objeto deste contrato é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, abrangendo apenas e tão somente as coberturas mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e suas diretrizes utilização técnicas e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro e da legislação especial dos planos de saúde – Lei 9656/1998.

TEMA 2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Poderão ser inscritos no contrato:

Beneficiário titular:

- a) pessoas físicas vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária;
- b) os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei Nº. 9.656, de 1998;
- d) os agentes políticos;
- e) os trabalhadores temporários;
- f) os estagiários e menores aprendizes.

Beneficiários dependentes:

Pessoa Física com grau de parentesco consanguíneo ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados até 35 anos.
- d) Menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda ou tutela do beneficiário titular ou sob sua tutela;
- e) Netos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos.

A inscrição dos beneficiários dependentes está vinculada à adesão do beneficiário titular ao contrato.

2.2 - Caberá ao CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo do beneficiário titular com ela própria e a relação de dependência com o beneficiário titular, quando da inscrição e a qualquer momento por solicitação da CONTRATADA.

2.3 - O CONTRATANTE é obrigado a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes; a qualificação completa, inclusive filiação; endereço completo; o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), PIS, RG, Data de nascimento, Cartão Nacional de Saúde e Data Nascido Vivo, bem como a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA pelo CONTRATANTE.

2.4 - O CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito e em data previamente pactuada entre as partes, as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, que somente serão efetivadas após o devido reconhecimento pela CONTRATADA.



2.5 - Quando for o caso, ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações dos beneficiários.

2.2 - Regras de inclusão:

É assegurada a inclusão como dependente:

1 - Do **recém-nascido**, seja filho natural ou adotivo, **desde que inscrito em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção:**

- a) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial;
- b) caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máxima de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário;

2 - Do **filho adotivo ou cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicial**, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe no caso de adoção e cumpridos somente pelo pai no caso reconhecimento de paternidade, **desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção ou do reconhecimento de paternidade**. Não haverá cobertura parcial temporária ou agravo relativo às doenças e lesões preexistentes, **desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção ou do reconhecimento de paternidade**.

3 - **Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula e respectivos subitens, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente, e do período de cobertura parcial temporária.**

2.7 - **Não poderá ser inscrito como beneficiário deste contrato o empregado ou sócio do CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes que, na data de sua inclusão, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada. Será obrigatório o cumprimento integral das carências ou cobertura parcial temporária.**

TEMA 3 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A **COBERTURA AMBULATORIAL** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA na área de abrangência geográfica, definidos, listados e limitados ao Rol de Procedimentos vigente, na forma das diretrizes clínicas de coberturas estabelecidas pela ANS, observadas as seguintes coberturas:

- a) Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. **São asseguradas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e não na área de atuação médica.**
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente ambulatorial dentro de unidade hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura ambulatorial em unidade hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- d) Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional **exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA limitadas ao número de sessões por ano definida pela ANS no Rol de Procedimento na forma das diretrizes de utilização – DUT e diretrizes clínicas em vigor na data de utilização, não cumulativas, conforme indicação do médico assistente;**
- e) Sessões de psicoterapia, que poderão ser realizados na **exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA**, tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **limitadas ao número de sessões por ano definida pela ANS no Rol de Procedimento na forma das diretrizes de utilização – DUT e diretrizes clínicas em vigor na data de utilização, não cumulativas, conforme indicação do médico assistente;**
- f) procedimentos de fisioterapia, reeducação e reabilitação física listados no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, de acordo com a as Diretrizes clínicas e de Utilização, vigentes na época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente, **exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**
- g) ações de planejamento familiar, listadas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigente na época do evento, para a segmentação ambulatorial, **exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA;**
- h) atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme cláusula específica sobre o tema;
- i) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar ou ambulatorial, de acordo com a cláusula específica sobre o tema;
- j) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- k) quimioterapia oncológica ambulatorial, **exclusivamente dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA**, 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. **Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes,**

medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento

l) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

l.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

l.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

m) Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;

n) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização;

o) Hemoterapia ambulatorial; e

p) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

3.2 - A COBERTURA HOSPITALAR compreende a internação clínica, inclusive a psiquiátrica ou cirúrgica, **dentro dos recursos próprios ou credenciados pela CONTRATADA**, na área de abrangência geográfica desta, os seguintes serviços definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Diretrizes de Utilização - DUT e Diretrizes Clínicas, publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, sujeitos à auditoria médica local da CONTRATADA:

a) acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pelo plano.

b) despesas referentes a honorários médicos credenciados, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente.

c) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados **durante o período de internação hospitalar**.

d) toda e qualquer taxa, incluindo os custos dos materiais utilizados, que se fizerem devidos durante a internação hospitalar que se adequem às condições de cobertura previstas nesse contrato.

e) 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 aos seguintes critérios:

- e.1) 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.2) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada;
- f) remoção do paciente, conforme cláusula específica para este tema
- g) atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.
- h) Tratando-se de BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital, salvo contra-indicação justificada do médico. As despesas relativas ao acompanhante incluem acomodação e alimentação. **A acomodação e alimentação seguirão os padrões de hotelaria do prestador para acompanhantes**
- i) procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:
- i.1) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - i.2) 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. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
 - i.3) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - i.3.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - i.3.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
 - i.4) hemoterapia;
 - i.5) nutrição parenteral ou enteral;
 - i.6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;
 - i.7) embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

- i.8) radiologia intervencionista;
- i.9) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i.10) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos editado pela ANS;
- i.11) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no anexo, **exceto fornecimento de medicação de manutenção.**

Psiquiatria.

- a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com a indicação do médico assistente.
- b) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- c) Todos os procedimentos serão cobertos unicamente nos estabelecimentos referenciados para o plano.
- d) É garantido o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio beneficiário ou para terceiros; incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- e) Este plano abrange o tratamento básico prestado por médico credenciado, envolvendo consultas ilimitadas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.
- f) São garantidos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.
- g) É garantido o custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, **exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.**
 - g.1) Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 (doze) meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) do valor da internação avençada entre a CONTRATADA e o prestador.
- h) É garantida a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização, nos casos de:
 - h.1) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
 - h.2) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
 - h.3) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
 - h.4) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
- i) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados

intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Transplantes.

São cobertos os transplantes previstos no rol de procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização, quando aplicáveis, e dos procedimentos a eles vinculados incluindo:

- a) despesas de assistência médica com os doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção;**
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

d.1) Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica - vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998 que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98.

d.2) Os candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

d.3) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

d.4) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o beneficiário receptor.

Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

São cobertas órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no rol de procedimentos, salvo as arroladas na cláusula de exclusão.

- a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME - necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de procedimentos;
- b) O profissional requisitante, quando solicitado pela CONTRATADA, deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
- c) **É VEDADO AO MÉDICO EXIGIR DETERMINADA MARCA OU FORNECEDOR DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.**

d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, em junta médica, com as despesas custeadas pela CONTRATADA.

e) O beneficiário, ao receber prótese ou órtese para determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar duração por toda vida útil do material. Havendo mau ou inadequado uso da prótese, de forma intencional, configurado por junta médica composta por

médicos indicados pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, a CONTRATADA se eximirá do fornecimento de mesma prótese, para mesmo fim.

f) Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

g) Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

3.3- COBERTURA DE OBSTETRÍCIA – esta segmentação deve garantir toda a cobertura para os planos com segmentação Hospitalar, acrescido os seguintes procedimentos:

a) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS OU CONTRATADOS PELA CONTRATADA;**

b) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias;**

c) quando se referir a complicações no processo gestacional em urgência, no decorrer dos períodos de carência será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial, ou seja, limitada até as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial;

d) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.**

3.4 - OUTRAS GARANTIAS

a) São cobertos **procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais** listados no rol de procedimentos para a segmentação hospitalar, **exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA**, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares pelo cirurgião dentista assistente, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

b) **A cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções é garantida**, conforme o rol editado pela ANS, vigente na data do evento, **excetuada a de fim estético.**

b.1) Cabe à **CONTRATADA**, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica **reconstrutiva** de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação **decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.**



- c) É assegurada a participação de profissional médico **anestesiologista** nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
- d) Os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no PROUT** serão de cobertura obrigatória **especificamente quando solicitados pelo médico assistente.**
- e) Os procedimentos necessários ao tratamento das **complicações clínicas e cirúrgicas**, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
- e.1) 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 cobertura por este plano.**
- f) Os procedimentos realizados **por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas** serão assegurados **somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, caso contrário não haverá essa cobertura.**
- g) É assegurado ao beneficiário deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com o Anexo IV da Resolução Normativa RN nº 387/2015.

TEMA 4 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura deste contrato os atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos na Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em desacordo com as Diretrizes de Utilização - DUT e Diretrizes Clínicas, publicadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, em desacordo com as características e condições estabelecidas neste instrumento e os provenientes de:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
- b) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou não regularizados no país;
- c) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- d) Cujas indicações não constem da bula ou manual registrado na ANVISA;
- e) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza, escleroterapia de varizes, procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma,



- g) recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- i) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- j) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- k) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- l) Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- m) Fornecimento de medicamentos, próteses, órteses e acessórios não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e ANVISA;
- n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- p) Tratamentos em estabelecimentos para acolhimento de idosos;
- q) Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- r) Transplantes e qualquer tipo de despesas com doadores e pós-operatório destes decorrentes, à exceção de transplantes autólogo/halogênico de medula óssea, córnea e de rim;
- s) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto as despesas com os credenciados da rede da CONTRATADA nos casos de cirurgias buco-maxilo-faciais e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- t) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- u) Serviços de enfermagem em caráter particular, em instituições de atendimento a idosos (hotéis geriátricos e similares) e em domicílio, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- v) Aluguel de equipamentos médicos, hospitalares e similares para tratamento domiciliar;
- w) Aviação de óculos, gesso sintético, aparelhos ortopédicos, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- x) Despesas decorrentes de serviços prestados por médicos e prestadores de serviços não credenciados, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência em que não for possível a utilização da rede credenciada, que poderão ser posteriormente reembolsados, desde que em conformidade com as condições estabelecidas neste contrato;
- y) Despesas hospitalares extraordinárias referentes à: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável,



- produtos de higiene pessoal, serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário tais como televisão, aparelho de ar-condicionado, frigobar, estacionamento, indenização por dano ou destruição de objetos, ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato. Caso tais despesas ocorram, serão custeadas diretamente pelo beneficiário;
- z) Despesas hospitalares de iniciativa do beneficiário, não prescritas pelo médico assistente;
 - aa) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do contrato;
 - bb) Quaisquer procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;
 - cc) Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - dd) Cirurgias para mudança de sexo e mastectomia masculinizadora;
 - ee) Exame de paternidade, maternidade e consanguinidade;
 - ff) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - gg) Exames para piscina e ginástica;
 - hh) Hidroterapia e hidroginástica;
 - ii) Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido, salvo na hipótese em que houver indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da CONTRATADA, nos termos estabelecidos neste contrato;
 - jj) Despesas de acompanhante, exceto para beneficiários menores de 18 anos ou maiores de 60 anos ou portadores de necessidades especiais;
 - kk) Realização à revelia da CONTRATADA de procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia;
 - ll) Psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição acima do limite do número de sessões por ano definida pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data de utilização;
 - mm) Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional e exames ocupacionais tais como admissão, retorno ao trabalho, demissão, periódico e mudança de função;
 - nn) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais.
 - oo) **PROCEDIMENTOS DO ROL DE PROCEDIMENTOS DECLARADOS SEM COBERTURA EM RAZÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO E DIRETRIZES CLINICAS;**
 - pp) Hidroterapia, hidroginástica, fisioterapia pelos métodos Bobath, Therasuit, fonoterapia método PODD, Equoterapia, Musicoterapia e Theratog;
 - qq) Internação em instituições de atendimento a idosos (hotéis geriátricos e similares) e em Domicílio, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
 - rr) Atendimento na forma de Home Care.

TEMA 5 – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - O presente contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses a partir da data de assinatura que consta da Proposta de Admissão, e será utilizada para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, inciso II, da lei 9656/98.

5.2 - A prorrogação deste contrato será automática, por tempo indeterminado vedado a recontagem de carências, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da prorrogação, exceto o devido reajuste previsto neste contrato.

TEMA 6 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos pela CONTRATADA, após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgência e emergência, nos termos do artigo 3º da Resolução nº 13 do CONSU;
- b) 30 (trinta) dias para consultas;
- c) 30 (trinta) dias para exames do grupo 1;
- d) 90 (noventa) dias para exames do grupo 2;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para exames do grupo 3;
- f) 90 (noventa) dias para fisioterapia;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para sessões de acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise;
- i) 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos ou por uso de substâncias químicas, em conformidade com o art. 4º da Resolução CONSU 11/98;
- j) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos, em regime ambulatorial ou de internação;
- k) 180 (cento e oitenta) dias para demais internações, procedimentos e terapias;
- l) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

6.1.1 – Caso o exame, procedimento ou terapia não conste do “Anexo I – Referência Básica de Exames, Procedimentos e Terapias da CONTRATADA” a carência será de 180 (cento e oitenta) dias.

6.2 - Para beneficiários inscritos após a data de vigência do contrato, a contagem dos prazos de carência obedece à data de inclusão destes beneficiários.

6.3 - Contratada a ampliação da cobertura, através de módulos opcionais, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles, conforme condições contratuais particulares e específicas.

6.4 - Nos termos da Resolução nº195/2009 da ANS, fica estabelecido que quando o número de beneficiários inscritos for maior ou igual a 30 (trinta) não haverá o cumprimento de prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário e de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de vigência deste contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.

TEMA 7 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - Doença e lesão preexistente é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no contrato.

7.2 - O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, **sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, nos termos da Resolução 162/2007 da ANS, de 17 de outubro de 2007.**

7.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular e seus dependentes preencherão o formulário de Declaração de Saúde.

7.4 - A CONTRATADA poderá determinar, no momento da inclusão do beneficiário, a realização de entrevista qualificada, a fim orientar os beneficiários no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde.

7.5 - A entrevista qualificada se constitui no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do beneficiário titular e de todos os dependentes integrantes de seu contrato.

7.6 - A CONTRATADA disponibilizará uma lista de médicos que, por livre escolha e sem ônus para o beneficiário, orientarão no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde, o que não impede o beneficiário de ser orientado por profissional não pertencente à lista indicada pela CONTRATADA, **devendo, nesta hipótese, assumir o ônus financeiro decorrente desta opção.**

7.7 - O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

7.8 - Fica definida a proibição de alegação de doença ou lesão preexistente pela CONTRATADA se, após a entrevista qualificada, for determinada a realização de qualquer tipo de exame ou perícia médica no beneficiário.

7.9 - Aos portadores de doenças e lesões preexistentes é garantido o oferecimento da Cobertura Parcial Temporária, caracterizada por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses durante o qual o beneficiário não terá cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente às doenças e lesões preexistentes declaradas.

7.10 - A CONTRATADA poderá optar pelo oferecimento do Agravio, que é acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário à CONTRATADA, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, **após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato.**

7.11 - A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, **podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário.**

7.12 - À CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.13 - A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.14 - Alegada pela CONTRATADA a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário, por ocasião de sua adesão, esse será comunicado imediatamente pela CONTRATADA.

7.15 - Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.16 - Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS, o CONTRATANTE passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente pela CONTRATADA.

7.17 - Não haverá a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

7.18 - Nos termos da Resolução nº195/2009 da ANS, fica estabelecido que quando o número de beneficiários inscritos for maior ou igual a 30 (trinta), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **desde que a inclusão do beneficiário e de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de vigência deste contrato ou de sua vinculação ao CONTRATANTE.**

TEMA 8 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 - Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 - Serão garantidos todos os atendimentos de urgência e emergência e demais coberturas previstas neste contrato, inclusive aqueles que envolvam internação hospitalar, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário, dentro da área de abrangência contratada, observando-se que:

a) Caso o atendimento de urgência e emergência seja efetuado durante o cumprimento dos períodos de carências das coberturas da segmentação hospitalar e obstétrica, serão garantidos a realização dos procedimentos da cobertura ambulatorial, limitados até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou obstétrica, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora e não garantindo cobertura para internação.

b) Caso o atendimento de urgência e emergência seja efetuado durante o cumprimento do período de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, e resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, serão garantidos a realização dos procedimentos da cobertura ambulatorial, limitados até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimentos sujeitos a cobertura parcial temporária, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

c) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridas vinte e quatro horas de vigência do contrato.

8.4 - No decorrer do atendimento de urgência ou de emergência, estará garantida a remoção para uma unidade hospitalar do SUS, dentro da área de abrangência deste contrato e conforme condições estabelecidas na Resolução CONSU Nº 13 da ANS, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

a) Caberá à CONTRATADA o ônus e a **responsabilidade da remoção** do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

b) **Não é responsabilidade da CONTRATADA a localização e disponibilização da vaga/leito em unidade do SUS.**

c) A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b" deste item, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

e) **Quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário titular ou seu representante legal e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.**

8.5 - A CONTRATADA assegurará o reembolso, **no limite das obrigações deste contrato**, das despesas ambulatoriais efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da **área de abrangência geográfica, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência,**



quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CONTRATADA na forma prevista na RN 259 ANS.

8.6 - O beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.7 - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- a) relatório do médico assistente, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados e data do atendimento;
- b) conta ambulatorial discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos da clínica ou hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.8 - Entende-se por Tabela de Referência da CONTRATADA a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

8.9 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

8.10 - **Na ocorrência de casos de urgência e emergência e unicamente quando o beneficiário estiver em trânsito fora da área geográfica de abrangência deste contrato, os serviços ora contratados poderão ser prestados, em caráter excepcional, pela REDE CREDENCIADA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS QUE INTEGRAM O SISTEMA UNIMED, de acordo com os recursos locais da prestadora do atendimento. NESTES CASOS NÃO SERÃO DEVIDOS REEMBOLSOS PARA ATENDIMENTOS EFETUADOS EM PRESTADORES DE SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS.** Embora façam parte da rede credenciada de outras cooperativas do SISTEMA UNIMED, os hospitais de tabela própria (hospital de alto custo) **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTES CONTRATO**

TEMA 9 - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

ESTE CONTRATO NÃO POSSUI REEMBOLSO DE QUALQUER NATUREZA POR SERVIÇOS PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS, HOSPITAIS OU CLÍNICAS NÃO PERTENCENTES A REDE REFERENCIAL BÁSICA DO SISTEMA UNIMED OU DE ALTO CUSTO. NÃO HAVERÁ REEMBOLSO PARA OS ATENDIMENTOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATADA.



TEMA 10 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 - Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

10.2 - Cartão de Identificação

10.2.1 - A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de

documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

10.3 - Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

10.3.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem conhecimento destes.

10.3.2 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo beneficiário titular, e suas consequências.

10.4 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão está discriminado no Instrumento de Admissão, podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

10.5 - A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo estabelecido pela ANS vigente à época.

10.6 - A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempassador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

10.7 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e prestadores credenciados e cooperados constantes na relação divulgada no guia de rede credenciada do presente plano disponível na página da internet www.unimeduberaba.com.br.

10.8 - A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9.656/98:

10.9 - 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.

10.10 - 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.

10.11 - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, 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.

10.12 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

10.13 - Coparticipação

10.13.1 - Estão discriminados na proposta de Admissão os valores e percentuais de coparticipação financeira do CONTRATANTE nas despesas referentes à:

- a) Consultas, inclusive as realizadas em ambiente ambulatorial;
- b) Exames;
- c) Sessões de fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia;
- d) Demais procedimentos e terapias, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial;
- e) Internações hospitalares clínicas e cirúrgicas.

10.13.2 - As internações para tratamento dos transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, intoxicação e abstinência provocados por alcoolismo e dependência química, ficam sujeitas a coparticipação financeira do CONTRATANTE de 50% (cinquenta por cento) a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral.

10.13.3 - Os tratamentos em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise ficam sujeitas a coparticipação do CONTRATANTE de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do tratamento.

10.13.4 - Nos atendimentos realizados em regime de internação incidirá coparticipação conforme discriminado no Instrumento de Admissão, **em cada evento de internação**. Caso ocorra uma nova internação dentro de sete dias após a alta do paciente tendo o mesmo diagnóstico, esta será isenta do pagamento da coparticipação.

10.13.5 - Os valores a título de coparticipação serão cobrados juntamente com a mensalidade e serão estipulados no ato da contratação entre a CONTRATADA e CONTRATANTE na proposta de admissão e de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

10.13.6 – A classificação da coparticipação relativa à cada exame, procedimento ou terapia consta do “Anexo I - Referência Básica de Exames, Procedimentos e Terapias da Unimed de

Uberaba” Caso o procedimento ou exame executado não conste deste anexo, a coparticipação será estipulada para exames e procedimentos do grupo 3.

10.13.6.1 - Quando tratar-se de procedimentos em série, serão cobrados os valores de coparticipação para cada procedimento da série eventualmente solicitada.

10.13.7 - Os valores das coparticipações serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na cláusula de Reajuste de Preços.

TEMA 11 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 - O plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido.

11.2 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por beneficiário, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de inscrição e mensalidade, conforme faixa etária de cada beneficiário inscrito, e eventuais valores de coparticipação, através de emissão de faturas mensais.

11.3 - As mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

11.3.1 - O pagamento da primeira mensalidade será realizado proporcionalmente ao número de dias de cobertura, contados da data da vigência do contrato até o final do primeiro mês da contratação, passando as demais mensalidades a serem cobradas pelo valor integral, correspondente ao período de cobertura a ser iniciado a partir do primeiro dia do mês seguinte.

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

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

11.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 3% (três por cento) ao mês e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

11.7 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina ou reduz os prazos de carência deste contrato.



TEMA 12 – REAJUSTE

12.1 - Nos termos da lei, o valor das inscrições, mensalidades e coparticipações serão reajustados **anualmente**, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, que também poderá ser revisto se houver utilização

comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata.

12.2 – **Os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários** serão agrupados para que, mediante a avaliação conjunta das mensalidades, coparticipações e custos assistenciais deste agrupamento, seja definido o percentual de reajuste que será aplicado **igualmente** a todos estes contratos, observados os seguintes critérios:

- a) Para verificar se o contrato fará parte do agrupamento será avaliada a quantidade de beneficiários incluídos no mês da sua assinatura, sendo efetuadas reavaliações a cada mês de aniversário do contrato, não devendo ser levadas em consideração as variações na quantidade de beneficiários posteriores a estas análises. Se uma mesma pessoa jurídica possuir vários contratos, para efeito desta avaliação, será considerada a somatória de todos os beneficiários a eles vinculados, independente do mês de assinatura ou aniversário.
- b) Ao contrato associado ao agrupamento será aplicado o percentual de reajuste estabelecido para o agrupamento, no aniversário seguinte ao da avaliação supracitada, no período que vai do mês de Maio ao mês de Abril do ano subsequente.
- c) Para cálculo do percentual de reajuste do agrupamento será considerado o período de 12 meses consecutivos, anteriores ao período de aplicação do reajuste, a contar do mês de Março do ano antecedente até o mês de Fevereiro do ano corrente.
- d) O percentual de reajuste calculado para o agrupamento é único, sendo vedado qualquer tipo de variação, e será divulgado no endereço eletrônico da CONTRATADA na internet até o primeiro dia útil do mês de Maio de cada ano.

12.3 - **Os contratos coletivos com 30 beneficiários ou mais** serão analisados separadamente, mediante a avaliação das mensalidades, coparticipações e custos assistenciais de cada contrato, definindo os percentuais de reajustes a serem aplicados **diferentemente** em cada um deles, observados os seguintes critérios:

- a) Para cálculo do percentual de reajuste de cada contrato será considerado o período decorrido a partir do mês seguinte ao mês final do período utilizado para cálculo do último reajuste aplicado ao contrato, até o mês anterior ao mês de aniversário do contrato.

12.4 – **O método de cálculo do percentual de reajuste** necessário para preservação do equilíbrio contratual é o mesmo para o agrupamento e para contratos coletivos com 30 beneficiários ou mais, e é efetuado conforme as seguintes regras:

- a) Estipula-se para a “Meta de Sinistralidade” o percentual de 75% (setenta e cinco por

cento).

- b) Define-se como "Sinistralidade no Período" o percentual calculado através da seguinte fórmula:

$$\% \text{ Sinistralidade no Período} = \frac{\text{Custos Assistenciais no Período}}{\text{Receita no Período}} \times 100$$

onde,

Custos Assistenciais no Período: é valor gasto com a assistência à saúde dos beneficiários inscritos, descontados os valores das coparticipações;

Receita no Período: é o valor recebido a título de pagamento das mensalidades.

- c) Define-se como "Reajuste Financeiro" para reposição das perdas financeiras do período a variação positiva acumulada do índice IPC-SAÚDE, divulgado pela FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, ou outro índice a ser acordado por escrito entre as partes sendo que, na falta destes, será adotado outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

- d) Define-se como "Reajuste Técnico" o valor calculado através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste Técnico} = \frac{\text{Sinistralidade no Período}}{\text{Meta de Sinistralidade}} - 1$$

- e) O percentual de reajuste a ser aplicado será:

I. Caso o "Percentual de Sinistralidade no Período" **seja inferior ou igual à "Meta de Sinistralidade"** o percentual de reajuste a ser aplicado será igual ao "Reajuste Financeiro".

ou

II. Caso o "Percentual de Sinistralidade no Período" **seja superior à "Meta de Sinistralidade"** o percentual de reajuste a ser aplicado será calculado através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Reajuste Técnico}) \times (1 + \text{Reajuste Financeiro}) - 1$$

12.5 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários titulares ou dependentes terão o primeiro reajuste na data de aniversário do contrato, independente da data em que ocorreu a inclusão do beneficiário.

12.6 - Caso ocorram aumentos de sinistralidade, tributos, contribuições governamentais, empréstimos compulsórios, retenção de ativos financeiros por determinação governamental ou quaisquer outras variações econômicas que porventura venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a CONTRATADA aplicará medidas que restabeleçam este equilíbrio.

12.7 - Os reajustes deverão ser comunicados à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

12.8 - Serão aplicados os reajustes de faixas etárias em função da idade do beneficiário, independente da aplicação dos reajustes definidos nesta cláusula.

TEMA 13 – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 - As mensalidades foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias:

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

13.2 - Os percentuais correspondentes aos aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos indicados na Proposta de Admissão e quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro e técnico anual.

13.4 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

13.5 - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, **permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste contrato**, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la.

TEMA 14 – BÔNUS E DESCONTOS

Este contrato não contempla nenhuma modalidade de bônus ou descontos.

TEMA 15 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que o beneficiário assumo o pagamento integral das mensalidades e demais valores anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.**

15.1.1 - A CONTRATANTE obriga-se a fornecer a CONTRATADA anualmente, na data de aniversário do contrato ou sempre que houver alteração, independente da época, a forma de participação do beneficiário titular no pagamento da sua mensalidade, mediante impresso próprio da CONTRATANTE devidamente assinado pelo seu representante legal.

15.1.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2 - É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter, por tempo indeterminado, a sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assumo o pagamento integral das mensalidades e demais valores anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.**

15.2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para aposentados que contribuíram por período inferior a 10 (dez) anos, ou sucessor, será à razão de um ano para cada ano de contribuição.

15.2.2 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na CONTRATANTE e se desligar posteriormente, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nas condições estabelecidas para o aposentado, qualquer que seja o motivo do desligamento.

15.2.3 - Em caso de óbito do empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE e veio a falecer antes do exercício do direito previsto, é garantido aos dependentes inscritos no contrato o exercício deste direito.

15.3 - É considerada contribuição do beneficiário titular para pagamento do seu plano de saúde qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pela CONTRATANTE, em decorrência de vínculo empregatício.

15.3.1 - Não é considerada contribuição os valores pagos relacionados às coparticipações, franquias e contraprestações pecuniárias de dependentes e agregados.

15.3.2 - Para apuração do tempo de contribuição será considerada a soma de todos os períodos em que houve a efetiva contribuição do beneficiário titular, em contratos de planos de saúde regulamentados, da CONTRATADA ou de outra operadora, **desde que oferecidos sucessivamente pela CONTRATANTE**, ainda que o pagamento de contribuição não esteja

ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou da aposentadoria, contando também:

- a) Os períodos de contribuição anteriores à adaptação em contratos adaptados à Lei nº 9.656 /98, inclusive a 1º de janeiro de 1999;
- b) Os períodos anteriores à migração para planos regulamentados à Lei nº 9.656/98, inclusive a 1º de janeiro de 1999;
- c) Os períodos de contribuição em planos de saúde regulamentados, adaptados ou migrados à Lei 9656/98, oferecidos por empresas que foram submetidas a processo de fusão,

incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha ocorrido a rescisão do contrato de trabalho durante a transição.

15.4 - Caso o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que contribuiu para o plano de saúde opte por permanecer no contrato na condição de beneficiário, este direito é extensivo a todo o seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

15.4.1 - A condição de beneficiário pode ser mantida pelo ex-empregado, individualmente, com parte ou todo o seu grupo familiar inscrito.

15.4.2 - Durante a vigência do período de manutenção da condição de beneficiário será permitida a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado, não sendo admitida a inclusão ou reintegração de dependentes que não satisfaçam esta condição.

15.4.3 - Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano de saúde, conforme as condições estabelecidas neste contrato.

15.5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão contratual.

15.5.1 - A contagem deste prazo somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição do beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.5.2 - A exclusão do beneficiário titular do contrato de assistência à saúde só será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação de que a CONTRATANTE efetuou a comunicação sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário e do fornecimento das informações contidas no TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE.

15.6 - O ex-empregado ou aposentado que optar pela sua permanência no plano de saúde mantido pela CONTRATANTE, obriga-se a pagar à CONTRATADA, **os valores integrais** das mensalidades, por faixa etária de cada beneficiário inscrito, e eventuais valores de taxas,

coparticipações e franquias, **conforme valores pactuados com a CONTRATANTE**, através de emissão de faturas mensais emitidas para o beneficiário.

15.6.1 - Os pagamentos mensais deverão ser efetuados até seus respectivos vencimentos, que será o mesmo pactuado para o vencimento da fatura da CONTRATANTE.

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

15.6.3 - Se o beneficiário não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na CONTRATADA para que não se sujeite a consequência da mora ou risco de cancelamento do contrato por falta de pagamento.

15.6.4 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 3% (três por cento) ao mês ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

15.7 - O direito a permanência do beneficiário titular e de seus dependentes no contrato se extingue na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

15.7.1 - Pelo decurso dos prazos de permanência na condição de ex-empregado ou aposentado, previstos neste contrato;

15.7.2 - Da admissão do beneficiário titular em novo emprego que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

15.7.3 - Pelo cancelamento do contrato de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos, ex-empregados e aposentados.

15.7.4 - Se o beneficiário deixar de efetuar o pagamento integral das mensalidades e demais valores sob sua responsabilidade em até 30 (trinta) dias da data do vencimento, independente de aviso ou notificação prévia.

15.8 - No caso de cancelamento deste contrato pela empresa CONTRATANTE, será oferecido plano de saúde individual ou familiar, **desde que comercializado pela CONTRATADA e conforme tabela vigente à época**, para os empregados ou ex-empregados da CONTRATANTE que possuíam o plano ora contratado, bem como para seu grupo familiar vinculado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, observadas as seguintes condições:

15.8.1 - Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no contrato coletivo do qual foi excluído.

15.8.2 - Os beneficiários deverão optar pelo plano de saúde individual ou familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

15.8.3 - É responsabilidade do CONTRATANTE informar ao beneficiário sobre o cancelamento do contrato em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

15.9 – Durante o período de manutenção da condição de beneficiário, o ex-empregado e seu grupo familiar, vinculados ao plano, poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão conforme condições estabelecidas na regulamentação da ANS vigente à época.

15.9.1 - A portabilidade especial deve ser requerida:

- a) No período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ou
- b) No prazo de 60 (sessenta) dias anteriores à data estabelecida para o término do período de manutenção da condição de beneficiário.

TEMA 16 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 - Cessarão automaticamente as coberturas do contrato para o beneficiário titular:

- a) Quando o CONTRATANTE solicitar por escrito sua exclusão;
 - b) Em caso de perda do vínculo com o CONTRATANTE, justificador de sua inclusão, ressalvada a hipótese de perda do vínculo empregatício por rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, por exoneração ou por aposentadoria em que o beneficiário titular manifestar o desejo de manutenção no plano, nos termos previstos neste contrato.
 - c) Em caso de falecimento, sendo que a exclusão somente se procederá após comunicado do CONTRATANTE à CONTRATADA;
 - d) Com o cancelamento do contrato, nas hipóteses mencionadas neste instrumento;
 - e) Em caso de fraude ao plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.
- a.2 - Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário dependente:
- a) Quando o CONTRATANTE solicitar por escrito a sua exclusão;
 - b) Quando o beneficiário titular for excluído do contrato;
 - c) Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadora de sua inclusão no plano;
 - d) Em caso de fraude ao plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

TEMA 17 – RESCISÃO / SUSPENSÃO

17.1 - A CONTRATADA poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, nos casos de:

- a) atraso de pagamento da CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, independente de notificação, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas conseqüências moratórias;
- b) fraude comprovada praticada pelo CONTRATANTE ou pelos beneficiários inscritos, na utilização do objeto deste contrato;

- c) não concordância por parte do CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.
- e) descumprimento do CONTRATANTE às cláusulas e condições deste contrato.
- 17.1.1 - A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, poder-se-á optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito ou abuso, bem como do respectivo beneficiário titular a que ele estiver vinculado.
- 17.2 - Decorrido o prazo mínimo de vigência, a CONTRATADA poderá denunciar o presente contrato, sem que haja justa causa e mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se as seguintes condições:
- 17.2.1 - A responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE.
- 17.2.2 - Durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.
- 17.3 - É facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, sem que haja justa causa e mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se as seguintes condições:
- 17.3.1 - Caso a rescisão ocorra antes do período mínimo de 12 (doze) meses de vigência do contrato, o CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.
- 17.3.2 - A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a CONTRATADA cobrar do CONTRATANTE a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados e a receita das mensalidades pagas por ele, desde que o valor do custo seja superior ao da receita.
- 17.3.3 - Decorrido o prazo mínimo de vigência, o presente contrato poderá ser rescindido pelo CONTRATANTE sem quaisquer ônus.
- 17.3.4 - A responsabilidade da CONTRATADA quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE.
- 17.3.5 - Durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.
- 17.4 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários e seus dependentes, após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

17.5 – O BENEFICIÁRIO TITULAR poderá solicitar à CONTRATANTE, sua exclusão ou de seu dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ficando a Contratante obrigada a cientificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias a partir da solicitação recebida do beneficiário, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

17.5.1 – Na hipótese da contratante não realizar a comunicação da exclusão a CONTRATADA no prazo previsto no item 17.5 o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

17.5.1.1 – O pedido de exclusão pelo BENEFICIÁRIO TITULAR poderá ser solicitado das seguintes formas:

a – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

b – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou

c – por meio da página da operadora na internet.

17.5.2 – A EXCLUSÃO SOLICITADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR TEM EFEITO IMEDIATO A PARTIR DA DATA DE CIÊNCIA PELA CONTRATADA.

TEMA 18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 – São partes integrantes deste contrato:

18.1.1 – O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), conforme disposto na RN/ANS 195/2009.

18.2 - O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações e informações prestadas, sobretudo no que diz respeito aos dependentes incluídos.

18.3 - O CONTRATANTE deverá notificar a CONTRATADA sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

18.4 - O CONTRATANTE e os beneficiários autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

18.5 - Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, o CONTRATANTE e/ou beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da CONTRATADA, para a devida apuração.

18.6 - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

18.7 - O Rol de Procedimentos Médicos da ANS está à inteira disposição do CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, para consulta e cópia. Caso o CONTRATANTE prefira, também poderá consultar o Rol de Procedimentos Médicos da ANS por meio do site <http://www.ans.gov.br>, no tópico legislação.

18.8 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.



18.9 - Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos, involuntários e causadores de lesões físicas, não decorrentes de problemas de saúde e que, por si só, e independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- **ACIDENTE DO TRABALHO:** É qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.
- **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- **AGENTES POLÍTICOS:** Agentes políticos são os titulares de cargos estruturais à organização política do País. São agentes políticos apenas o Presidente da República, os Governadores, Prefeitos e respectivos Vices, os Ministros, os Secretários das diversas pastas, os Senadores, os Deputados Federais e Estaduais e os Vereadores.
- **AMBULATÓRIO:** estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.
- **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** Área em que a CONTRATANTE fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.
- **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência.
- **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
- **BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no contrato como titular ou dependente.
- **CARÊNCIA:** o prazo ininterrupto, contado a partir do início da inscrição do beneficiário, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.
- **CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS:** relação, com os respectivos telefones, dos médicos cooperados, clínicas e hospitais credenciados e contratados
- **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão.
- **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;
- **COPARTICIPAÇÃO:** Valor de participação nos custos assistenciais estabelecido em contrato, em termos percentuais ou valores monetários, a ser pago pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA.
- **CUSTO OPERACIONAL:** denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- **DECLARAÇÃO DE SAÚDE:** é o documento preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal, no qual expressa as suas condições gerais de saúde.

- **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no contrato.
- **EMERGÊNCIA:** É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- **EVENTO:** é cada serviço de assistência autorizado, cada sessão, cada aplicação ou seja cada ato autorizado.
- **EXAMES:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA:** hospital pertencente ao SISTEMA UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela CONTRATADA.
- **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- **PROPOSTA DE ADMISSÃO:** Documento que integra e é parte indissolúvel do contrato, no âmbito do qual estão expressas a constituição jurídica das partes e as condições do contrato, no qual o às partes corporificam a manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais do produto que está adquirindo.
- **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- **ROL DE PROCEDIMENTOS:** É a lista editada pela ANS - Agência Nacional da Saúde que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9656/98.
- **SAÚDE OCUPACIONAL:** é a que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.
- **SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados pela CONTRATADA à disposição do beneficiário para atendimento médico-hospitalar.
- **SISTEMA UNIMED:** o conjunto de todas as singulares e federações que compõe o complexo cooperativista UNIMED.
- **TERAPIAS:** são procedimentos médicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.
- **URGÊNCIA:** É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

18.10 - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

18.10.1. Para os fins deste contrato, são considerados:

(a) **"DADOS PESSOAIS":** qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em

especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.

(b) "**DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS**": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS") referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

(c) "**TRATAMENTO**": qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

(d) "**CONTROLADOR**": parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de DADOS. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto ao ESTIPULANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;

(e) "**OPERADOR**": parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos Controladores, respeitando-se as regras deste Anexo.

18.10.2. A UNIMED se compromete no exercício de seus direitos e deveres, em razão do presente contrato; a cumprir toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, se comprometendo a tratar apenas os dados mencionados e/ou nas formas dispostas neste instrumento.

a. O tratamento dos dados pessoais no âmbito deste contrato de crianças e adolescentes serão realizados sempre no seu melhor interesse e, para atender ao artigo 14§1º da Lei 13.709/2018, para o tratamento dos dados pessoais de crianças será colhido, em momento oportuno, o consentimento escrito de ao menos um dos pais ou responsável legal, nas hipóteses previstas na legislação.

a.1. A UNIMED se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente às regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

18.10.3. Para a prestação do serviço contratado, a UNIMED se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas – inclusive integrantes do Sistema Cooperativo UNIMED (Intercambio) - com as quais a UNIMED realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários – sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

18.10.4. Os CONTRATANTES declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a



sua finalidade, na forma das leis brasileiras em vigor e declaram, por este instrumento, que mantêm políticas de governança em privacidade e proteção de DADOS, com medidas de inibição de utilização indevida; planos de contingenciamento e eventual punição para casos de violações às obrigações legais e aqui estabelecidas, cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados.

18.10.4.1 - Durante o armazenamento de DADOS PESSOAIS, as PARTES respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança, os quais sempre deverão estar sustentados nas melhores tecnologias disponíveis no mercado:

(a) O estabelecimento de controle restrito sobre o acesso aos DADOS mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios mínimos de

acesso exclusivo para determinados responsáveis. Os acessos deverão ser revisados periodicamente;

(b) O estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de duplo fator autenticação para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;

(c) O estabelecimento de uma política de senha que possua uma padronização de senha forte, com a obrigação de trocas de senhas periodicamente, impedindo a reutilização das senhas anteriores e bloqueio por tentativas sem sucesso;

(d) Os ambientes onde serão tratados os DADOS deverão ser monitorados por meio de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo a data e hora, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela Empresa e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;

(e) Uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados, como encriptação;

(f) Utilização de meios para proteção dos dados em repouso/armazenado;

(g) O estabelecimento de mecanismos de descarte seguro dos DADOS, eliminando a possibilidade de restauração. Esse mecanismo deverá registrar as atividades realizadas, a data e o nome completo da pessoa que a realizou;

(h) Manter um inventário atualizado de todos os DADOS armazenados, processados ou transmitidos pelos sistemas, incluindo aqueles localizados no local ou em um provedor de serviços remoto.

18.10.4.2 Em relação aos dados pessoais tratados em razão do presente contrato, informamos que, independente do período de vigência da relação contratual, os beneficiários terão os seguintes direitos:

(a) Confirmação da existência de tratamento;

(b) Acesso aos dados;

(c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

(d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;

(e) Portabilidade dos dados;

(f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento;

(g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de dados;

(h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;

(i) Revogação do consentimento;

- (j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais; e
- (k) Oposição a um tratamento de dados pessoais, comprovadamente irregular.

18.10.5. Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos previstos acima, de forma gratuita, por meio dos canais de atendimento da operadora.

18.10.6. O direito de informação e acesso poderão ser fornecidos, a depender da requisição expressa do beneficiário:

- a) Em formato simplificado – atendimento imediato;
- b) Em formato completo: declaração clara e completa, que indique a origem dos dados pessoais, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento

observada os segredos comercial e industrial. - fornecida no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do requerimento do titular.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A recusa ou impossibilidade de atendimento imediato da requisição serão devidamente fundamentadas sendo que, no caso de impossibilidade de atendimento imediato, a UNIMED informará o beneficiário o prazo para retorno.

18.10.7. Os Beneficiários terão o direito de peticionar à Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais assim como a qualquer Órgão de Defesa do Consumidor para noticiar eventual violação de dados pessoais.

18.10.8. Os Beneficiários poderão solicitar uma cópia dos dados pessoais – resguardado o segredo comercial industrial - que estejam em posse da UNIMED em formato eletrônico (PDF, Excel etc) ou formato impresso.

18.10.9. Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela UNIMED, tal requisição não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado de maneira lícita ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.

18.10.10. Sem prejuízo do disposto neste contrato, os Beneficiários poderão se informar por meio do site desta operadora, canais de comunicação, bem como na Política de Privacidade da UNIMED.

18.11. É parte integrante deste termo de condições gerais a proposta de admissão.

TEMA 19 – ELEIÇÃO DE FORO

19.1 - Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Contrato registrado junto ao Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Uberaba/MG sob o nº 126.865 Livro B 988 – PÁG 163.

ANS - Nº 35406-6

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
VIA DO CLIENTE**

Proposta de Admissão nº: 011166	Vigência: / /
Beneficiário / Contratante	
Nome do titular / Razão Social	CPF / CNPJ
CONQUISTA CAMARA MUNICIPAL	23.371.883/0001-41
Responsável caso o beneficiário seja menor ou impedido legalmente para assinar.	

DECLARAÇÃO

Conforme minha opção, declaro que recebi via física do Contrato de Prestação de Serviços referente à proposta de admissão acima mencionada.

Local e data:

Uberaba 24/02/2022

Assinatura do Titular ou Responsável (caso o beneficiário seja menor ou impedido legalmente para assinar).

(2 vias)