Unimed Lorena

Praça Rosendo Pereira Leite, nº 74
Jardim Margarida - Lorena - SP
(12) 3159-2001

/J
FSC

PROPOSTA DE ADESÃO

CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

0 COM ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS [gj COM MAIS DE 29 BENEFICIÁRIOS

CONTRATO Nº 2172

1. DADOS DA OPERADORA

Nome da Operadora Contratada: UNIMED DE LORENA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	
CNPJ: 48.717.516/0001-88	Registro na **ANS:** 38.562-0
Representada em conformidade com seu Estatuo Social	

2. DADOS DA CONTRATANTE

Razão Social: CAMARA MUNICIPAL DE CRUZEIRO				
Nome Fantasia:		Data da abertura da empresa: 26/07/1979		
CNPJ: 48.410.344/0001-03		Telefone: (12) 3141-1012 - 99147-0134		
Endereço: **AV MAJOR NOVAES**				**Nº 499**
Compl.:	Bairro: CENTRO	Cidade: CRUZEIRO	UF:SP	CEP: 12701-330
contato: Athalza		E-mail: ati@cmcruzeiro.sp.gov.br		

3. QUALIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATANTE

Nome completo (sem abreviatura): NELSON PINHEIRO JUNIOR		
CPF: 284.489.728-21	Carteira de Identidade: 29.251.199·1	Orgão Emissor: **SSP/SP**
Telefone:	Celular:	E-mail:

Nome completo (sem abreviatura):		
CPF:	Carteira de Identidade:	Orgão Emissor:
Telefone:	Celular:	E-mail:

4. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro:		**Nº**
Complemento:	**Bairro:**	
Cidade:	**UF:**	**CEP:**

5. CARACTERÍSTICA DO PRODUTO

Acomodação: COLETIVO	
Atea de Abrangência: Grupo de Municípios (Regional)	
Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	Registro do Produto na **ANS:** 487.857/21-4
Nome do produto: REGIONAL FLEX / ENFERMARIA	

6. COPARTICIPAÇÃO

181 Consultas eletivas	R$ 25,00
Consultas em Pronto Atendimento/Pronto Socorro	R$ 30,00
Terapias Especiais para Transtorno Globais do Desenvolvimento	50% do valor do custo
Exames Simples / Fisioterapia	R$ 6,00
12] Exames Complexos / Sessões	R$ 16,00
Franquia Internação	R$ 50,00
2ª **Via de** Cartão	R$ 20,00

Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos:
de 01 (um) a 30 (trinta) dias de internação, não há coparticipação;
acima de 30 (trinta) dias de Internação, coparticipação de 50% (cinquenta por cento).

Os valores serão aferidos através da Tabela e Referência da UNIMED DE LORENA

GCDF Coopentlva ln18maciona

RobertoRodrigues

Unimed Lorena

P@ça Rosendo Pereira Leite, rr"74
Jardim Margarida Lorena - SP
(12) 3159-2001

/J
FSC

7. PERÍODOS DE CARÊNCIAS

A partir da data de início de vigência do contrato serão contadas as seguintes carências:

Urgência e emergência	24 horas
Consultas/ exames básicos de diagnóstico e terapia	30 dias
Internações clínicas e cirúrgicas, UTI, exames especiais e demais procedimentos	180 dias
Parto a termo	300 dias

8. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

Doenças e Lesões pré-existentes	24 meses

9. VIGÊNCIA E VENCIMENTO DA MENSALIDADE

A data de inicio da vigência do contrato: 01/01/2024.

O valor da primeira mensalidade será cobrado de forma *pro rata,* que resulta no valor dos dias utilizados parcialmente dentro do primeiro mês, e a partir do mês subsequente **a** mensalidade será cobrada no valor integral.

As faturas terão corno data de vencimento dia: **10 (dez)**

Desejo receber as faturas via:

0 E-mail: **ati@cmcruzelro.sp.gov.br. contabilidade@lcmcruzeiro.sp.gov.br, compras2@cmcruzeiro.sp.gov.br** D
Postal no endereço de correspondência

10. VALOR DA MENSALIDADE E FAIXA ETÁRIA

A mensalidade será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário, a mensalidade será reajustada automaticamente, no mês seguinte ao seu aniversário. A variação da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, obedecerá aos seguintes percentuais:

FAIXAS	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS	VALORES	ÍNDICES ENTRE FAIXAS
0 • **18** ANOS		R$ 142,78	0,00%
19 • 23 ANOS		R 164,20	**1S,00%**
24 • 28 ANOS		**R$ 188,81**	**14,99%**
29 - 33 ANOS		**R$ 21.7,15**	**1.5,01.%**
34 - 38 ANOS		**R$ 249,71**	**1S,00%**
39 - 43 ANOS		**R$ 289,66**	**16,000/o**
44-48 ANOS		**R$ 350,52**	**21,01%**
49- 53 ANOS		**R$ 455,69**	**30,000/o**
54- 58ANOS		**R$ 61S,14**	**34,99%**
59 ANOS OU MAIS		**R$ 855,67**	**39,10%**

O valor da mensalidade que a CONTRATANTE se obriga a pagar a CONTRATADA será Igual a soma dos valores da assistência médica, referente a cada beneficiário inscrito.

O critério adotado para a determinação do preço para os beneficiários é o preço por faixa etária.

11. DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE/REPRESENTANTE LEGAL

DECLARO, para os fins de direito que:

1. Todas as Informações ora prestadas são verdadeiras e estão completas, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

2. Recebi o Manual de Orientação para Contratação do Seguro Saúde (MPS), editado pela ANS, tendo lido e compreendido o seu inteiro teor, de forma a me auxiliar na contratação deste plano de saúde.

3. Estou de acordo com as condições gerais e particulares do contrato, inclusive quantos aos prazos de carência e do plano, aos serviços não cobertos, às coparticipações, às restrições de atendimento no caso de doença e lesões preexistentes se constatadas e todas as condições, e forma de pagamento.

4. Recebi o Guia *de* Leitura Contratual (GLC).

5. Comprometo-me a informar ao(s) beneficiário(s) dependente(s), caso inscrito(s) no contrato, os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização e as exclusões.

6. Tomei conhecimento que as substituições dos prestadores de serviços da rede credenciada da UNIMED DE LORENA estão disponíveis no site: www.unimed-lorena.com.br.

7. Estou ciente de que o plano de saúde ora contratado oferece as coberturas aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde taxativo estabelecido pela ANS, vigente à época do evento, e está disponível no site www.ans.gov.br.

8. Estou ciente de que o Guia Médico com a rede credenciada do plano de saúde ora contratado está disponível no link: unimed-1orena.com.br/cliente/guia-medico.

9. Estou ciente de que a UNIMED DE LORENA disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-5S) no link: https://unimedlorena.ancode.com.br/login/, com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano, e comprometo-me a informar aos beneficiários titulares inscritos no contrato sobre o referido portal.

10. Estou ciente de que devo informar expressamente à CONTRATANTE toda e qualquer alteração cadastral, bem como eventual perda de elegibilidade dos beneficiários dependentes.

11. Estou ciente das cláusulas de PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS constante no contrato, autorizando a coleta, uso, armazenamento, tratamento e compartilhamento dos dados necessários ao cumprimento do contrato, nos termos do artigo 7°, incisos "II" e "V", da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei n° 13.709, de 14 de agosto de 2018 e suas alterações, para cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias.

Lorena, 13 de dezembro de 2023.

CONTRATADA:

UNIM ENACOOPERATIVA DE TRABALHO ÉDICO

a. Maria Aparecida Marcondes de Andrade Nogueira
Dr. Marco Antonio Sarquis Ude

CONTRATANTE:

CÂMARA MUNICIPAL
NELSON PINHEIRO JUNIOR
Representante Legal

TESTEMUNHAS:

Nome: Thais Regina Carva-ího da Mota
RG: 26.14 .702-5

Nome: Elisangela Rodrigues de Oliveira
RG: 32.480.144-0

VENDEDOR:

Nome: Marcelo Antunes de Paula
RG: 30.586.907-3

Nome: Cinthya de Paula Pacheco
RG: 43.149.1185

Unimed Lorena

Praça Rosendo Pereira Leite,n· 74
Jardim Margarida - Lorena - SP
(12) 3159 2001

FSC

SUMÁRIO

I - ATRIBUTOS DOCONTRATO

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

m -COBERTIJRAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

V- DURAÇÃO DOCONTRATO

VI - **PERÍODOS DE CARÊNCIA**

VII - **DOENÇAS E** LESÕES PREEXISTENTES

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

IX - **MECANISMOS DE** REGULAÇÃO

X- FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSAUDADE

XI- REAJUSTE

XII - FAIXAS ETÁRIAS

XIll - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PlANOS COLETIVOS

XIV- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

XV- RESOSÃO / SUSPENSÃO

XVI - PRJVAODADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

XVID - ELEIÇÃO DE FORO

Unimed Lorena

Praça Rosendo Pereira Leite, nº 74
Jardim Margarida - Lorena - SP
(12) 3159-2001

fJ
FSC

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

CONTRATO N° 2172

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA

Nome: **UNIMED DE LORENA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**		
CNPJ: **48.717.516/0001-88**	Registro na ANS: **38562-0**	
Classificação na ANS: **Cooperativa Médica**		
Endereço: **Praça Rosendo Pereira Leite**	n° **74**	Bairro: **Jardim Margarida**
Cidade: **Lorena**	Estado: **São Paulo**	CEP: **12604-080**
Representada na forma de seu Estatuto Social		

b) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: **CAMARA MUNICIPAL DE CRUZEIRO**				
Nome Fantasia:		Data de abertura da empresa: **26/07/1979**		
CNPJ: **48.410.344/0001-03**		Telefone:		
Endereço: **AV MAJOR NOVAES**		nº **499**		
Complemento:	Bairro: **CENTRO**	Cidade: **CRUZEIRO**	UF: **SP**	CEP: **12701-330**

b.1) Qualificação do Representante Legal da Contratante

1. Nome completo (sem abreviatura): **NELSON PINHEIRO JUNIOR**

CPF: **284.489.728-21**	Carteira de Identidade: **29.251.199-1**		Orgão Emissor: **SSP/SP**
Endereço: **AV MAJOR NOVAES**	n° **499**	Complemento:	Bairro: **CENTRO**
Cidade: **CRUZEIRO**	Estado: **SP**		CEP: **12701-330**

2. Nome completo (sem abreviatura):

CPF:	Carteira de Identidade:		Orgão Emissor:
Endereço:		Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:		CEP:

c) DADOS DO PLANO

Nome Comercial: **REGIONAL FLEX ENFERMARIA** | Número de Registro na ANS: **487.857/21-4**

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Grupo de Municípios

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Coletiva - Enfermaria

i) FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistências na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1°, da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1.998, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

1.2. O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para as ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656 de 1.998.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

2.2. Poderão ser inscritos no plano como beneficiários titulares as pessoas que comprovem os seguintes vínculos com a CONTRATANTE:

a) os sócios da CONTRATANTE;
b) os administradores da CONTRATANTE;
c) os trabalhadores temporários;
d) os estagiários e menores aprendizes;
e) os demitidos e aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à CONTRATANTE, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98.

2.3. Poderão ser incluídos na qualidade de beneficiários dependentes, com relação ao beneficiário titular, as seguintes pessoas mediante comprovação das qualidades abaixo indicadas:

a) o cônjuge;
b) os filhos naturais ou adotivos solteiros;
c) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, **sem • eventual concorrência com o cônjuge;**
d) os netos solteiros;

e) os filhos inválidos, considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil; e
f) os enteados, os tutelados e as pessoas de quem o beneficiário titular possua guarda provisória ou definitiva, na forma da lei, que ficam equiparados aos filhos.

2.3.1. O plano do beneficiário dependente será sempre o mesmo do beneficiário titular.

2.4. Somente será permitida a inscrição do grupo familiar se houver a participação do beneficiário titular no plano de saúde.

2.5. É assegurada a inclusão para fins deste contrato:
a) do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário titular, ou sob guarda ou tutela deste, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular e isento da cobertura parcial temporária para doença ou lesão preexistente - DLP, **desde que efetivada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da sentença de adoção, do deferimento da guarda provisória ou permanente, ou da concessão da tutela;** e
b) do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicialmente ou extrajudicialmente, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular e isento da cobertura parcial temporária para doença ou lesão preexistente - OLP, **desde que efetivada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da sentença de reconhecimento de paternidade.**

2.5.1. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias previsto na cláusula anterior, será obrigatório o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos respectivos períodos de carência, e haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de constatação de doença e lesão preexistente.

2.6. Caberá à CONTRATANTE, no ato da contratação, informar a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos, por meio de Formulário de Movimentação Cadastral, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

2.6.1. O Formulário de Movimentação Cadastral deverá ser assinado pela CONTRATANTE e pelos beneficiários titulares.

2.6.2. Caberá ainda a CONTRATANTE apresentar cópia de documentos que comprovem a legitimidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, as condições de elegibilidade dos beneficiários a serem inscritos no contrato, bem como o vínculo dos dependentes com o beneficiário titular.

2.6.3. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

2.7. É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e quali leta, be ?º' núm: do CPF..

RG, PIS/PASEP/NIS/NIT, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros.

2.8. Somente a CONTRATANTE poderá solicitar a inclusão de beneficiários no presente contrato.

2.9. As inclusões, exclusões e alterações cadastrais solicitadas pela CONTRATANTE serão consideradas após o recebimento de comunicação, por escrito.

2.9.1. No caso de solicitação de inclusão de novos beneficiários do dia 1º (primeiro) ao dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, a inclusão será imediata e a cobrança referente a essa inclusão será realizada de forma *pro rata,* ou seja, será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.9.1.1. A solicitação de inclusão de novos beneficiários após o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, a inclusão se dará no 1° (primeiro) dia do mês subsequente e a cobrança será realizada de forma integral na fatura posterior ao mês subsequente da inclusão.

2.9.2. No caso de solicitação de exclusão de beneficiários do dia 1° (primeiro) ao dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, a exclusão ocorrerá no último dia do mês vigente.

2.9.2.1. A solicitação de exclusão de beneficiários após o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, a exclusão ocorrerá no mês subsequente, e a CONTRATANTE incorrerá na obrigação do pagamento integral das obrigações financeiras.

2.9.3. Quando as datas previstas acima coincidir com final de semana ou feriado, a mesma deverá ser antecipada.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

3.1.1. Para fins de cobertura, considera-se **taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes editadas.

3.2. Cobertura para procedimentos de anestesia e sedação para os procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.

3.2.1. Cobertura para equipe necessana à realização dos procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, incluindo os.

profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver a participação desses profissionais;

3.2.2. Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para a realização dos procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

3.3. Estão cobertas as ações de Planejamento Familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da realização do evento.

3.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

3.4.1. Está garantida ainda a cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.

3.4.2. As lesões autoinftigidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

3.5. Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.**

3.5.1. **Procedimentos ou rotinas vinculados à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATADA.**

3.6. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente serão cobertos quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

3.6.1. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

3.7. Está garantida a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacionale acidentes de trabalho.

3.7.1. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1.999.

3.8. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada a de sua remoção, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do médico assistente.

3.9. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a CONTRATADA assegurará a continuidade do tratamento, conforme prescrição do profissional assistente *e* justificativa clínica, e não caberá nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa - RN n° 566, de 29 de dezembro de 2022.

3.9.1. O procedimento "medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

3.10. Está garantida pela CONTRATADA a cobertura de medicamentos e de produtos registrados/regularizados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, quando houver aprovação da sua disponibilização no Sistema Único de Saúde - SUS, nos moldes definidos no disposto no inciso I do parágrafo único do art. 19-T da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, incluído pela Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022 e dos §§ 6º e 7° do art. 15 do Decreto n° 7.646, de 21 de dezembro de 2011, incluído pelo Decreto n° 11.161, de 4 de agosto de 2022.

3.11 - DoSegmento Ambulatorial

3.11.1. O segmento ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e, respectivas diretrizes editadas, quando houver, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, observadas as seguintes coberturas:

a) Consultas médicas com médicos cooperados e/ou contratados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-

natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

rflv A

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado;

c) Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, conforme o número e a Diretriz de Utilização estabelecida no Rol de Procedimentos *e* Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a indicação do médico assistente;

d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a indicação do médico assistente;

e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, de acordo com a indicação do médico assistente;

f) Ações de planejamento familiar, listadas no no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

g) Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao beneficiário ou pela necessidade de internação;

h) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPO;

i) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

j) 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, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente, as seguintes características:

I - 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 pe ção?m Br::ira - DCB.

ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1.999; e

II - medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do beneficiário e definição do órgão competente - ANVISA.

k) Procedimentos de radioterapia, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1) 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

m) Hemoterapia ambulatorial;

n) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

3.12 - Do Segmento Hospitalar

3.12.1. O segmento hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e, respectivas diretrizes editadas, quando houver, conforme legislação específica vigente, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados da CONTRATADA, observadas as seguintes coberturas:

a) Internação hospitalar, em todas as suas modalidades, conforme o padrão de acomodação contratado, em número ilimitado de dias, devidamente justificada através de relatório médico;

b) Nos casos de **internações exclusivamente psiquiátricas,** quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, a cada 12 meses de contrato, haverá coparticipação de **50% (cinquenta por cento)** das despesas médico-hospitalares, ou o valor máximo permitido pela ANS, definido na regulamentação vigente;

c) Atendimento em hospital-dia (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) para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

I - 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

II - que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

e) 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 desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente à época do evento;

f) Despesas referentes aos honorários médicos e serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular e domiciliar;**

g) Toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo materiais cobertos utilizados, durante o período da internação;

h) Alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;

i) Despesas, incluindo alimentação e acomodação fornecida pelo hospital a um acompanhante dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, dos beneficiários idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de deficiências, salvo contraindicação justificado do médico assistente;

j) Órteses e próteses ligadas exclusivamente aos atos c,rurgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e devem ser observadas as seguintes disposições:

j.1) Cabe ao médico assistente 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 e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

j.2) O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

j.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas

arcadas pela CONTRATADA, nos termos da cláusula 9.6 do presente contrato;

k) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a,;íllicitação de exames.

complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

1) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
1.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes da intervenção, observadas as seguintes regras:
1.1. 1) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
1.1.2) **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura;**

m) Procedimentos considerados espec1a1s, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, aqui considerados:
I - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
II - quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula 3.11.1, letra "i";
III - medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
IV - procedimentos radioterápicos, conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
V - hemoterapia;
VI - nutrição parenteral ou enteral;
VII - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
VIII - radiologia intervencionista;
IX - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
X - procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

n) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e a 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;

o) Atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

p) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

I - as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de plano de saúde do beneficiário receptor;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;** e

IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

q) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente;

q.1) São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

q.2) Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN n° 566/2022, são considerados procedimentos de emergência, respeitados os prazos de carência e CPT;

q.3) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT;

r) Procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, que se darão a critério do médico assistente a sua indicação;

s) É garantida a remoção **terrestre inter-hospitalar, dentro dos limites da área geográfica de abrangência prevista no contrato,** de beneficiários que já tenham cumprido os períodos de carência, a partir da ciência da CONTRATADA, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, quando ocorrer:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital credenciado e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da CONTRATADA, localizado dentro

da área de atuação do plano contratado, para hospital credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da CONTRATADA, localizado fora da área de atuação do plano contratado pelo beneficiário, para hospital credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, conforme previsto na RN nº 566/2022; e

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico;

s.1) A remoção de beneficiário que já tenha cumprido os períodos de carência **não será obrigatória** nas seguintes hipóteses:

I - de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores, conforme previsto na RN n° 566/2022;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, credenciado, e da rede própria da CONTRATADA, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital privado não cooperado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da CONTRATADA.

3,13 - Do Segmento Obstétrico

3.13.1. O segmento obstétrico compreende toda a cobertura definida no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências e quaisquer outras previstas neste contrato:

a) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

I - pré-parto,

II - parto, e

III - pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular; e

c) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou que detenha a guarda provisória ou permanente, ou tutela, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, **desde que o beneficiário titular tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias e que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da tutela, ou da guarda provisório ou permanente;**

c.1) Caso o beneficiário titular não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, e o recém-nascido for incluído até 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da tutela, ou da guarda provisório ou permanente, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular e não caberá alegação de doença ou lesão preexistente; e

c.2) Caso a inscrição do recém-nascido venha ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da concessão da tutela ou da guarda provisória ou permanente, será exigido o cumprimento dos prazos de carência e haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de constatação de doença e lesão preexistente;

d) Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê o artigo 10 da Lei nº 9.656 de 1.998, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde taxativo da ANS, estão EXCLUÍDOS E NÃO SERÃO COBERTOS pelo plano de saúde ora contratado os seguintes serviços e procedimentos:

a) tratamento clínico ou c1rurgico experimental, entendido como aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, e aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou que faz uso off-label de medicamentos, produtos **para** a saúde ou tecnologia em saúde, ressaldo o disposto na cláusula 3.10 do presente contrato;

b) 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\ionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomaliacong:i_ {j\:..:::iiia

Unimed Lorena
Pra a Roscndo Pereira Leite, n' 74
Jardim Margar,da - Lorena - SP
(12) 3159-200]

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

d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPA's, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais, casas sociais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

e) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **ANVISA;**

f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nas letras "i" e "j" da cláusula 3.11.1 do presente contrato;

g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessor10s não ligados ao ato cirúrgico, sendo que prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;

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

i) quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

j) assistência médica ou odontológica domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos, aparelhos e similares para tratamento domiciliar, materiais para tratamento domiciliar, consultas domiciliares e *home care,* serviços de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, e remoção domiciliar;

k) tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1) despesas de acompanhantes, exceto no caso de internação dos beneficiários menores de 18 anos, dos beneficiários idosos a partir de 60 anos de idade,

r{lÍ1

gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), bem como para aqueles portadores de deficiências, conforme indicação do médico assistente;

m) despesas extraordinárias não previstas no contrato, como produtos de higiene pessoal, serviços telefônicos, estacionamento, preparo do corpo pós-morte ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura deste contrato;

n) transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS,** vigente à época do evento;

o) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

p) procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS,** vigente na data do evento, ou que não apresente as diretrizes de utilização estabelecidas pelo rol em vigor, para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;

q) despesas decorrentes de serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapias em Clínicas, Laboratórios e Hospitais de Alto Custo (que possuem Tabela Própria), ou categoria diferenciada, bem como despesas com médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Guia Médico oferecido pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência e emergência sendo que nestes casos o reembolso será calculado conforme valores praticados pela CONTRATADA, nos termos da cláusula 8.8 do presente contrato;

r) atendimentos prestados antes do início da vigência contratual, antes do cumprimento dos prazos de carências e da Cobertura Parcial Temporária, ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

s) exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

t) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência contratada;

u) vacinas e auto vacinas;

v) internações clínicas ou c1rurgicas, exames e terapias não prescritos, ou não solicitados pelo médico assistente;

x) despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade; e

y) cirurgia para mudança de sexo.

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A vigência inicial do presente contrato será de 12 (doze) meses.

5.2. A data do início da vigência é aquela pactuada entre as partes e estipulada na Proposta de Adesão, desde que até esta data não tenha sido realizado nenhum pagamento à CONTRATADA.

5.3. Após o vencimento do período m1n1mo de v1gencia e caso não haja manifestação prévia de nenhuma das partes pela não renovação do contrato, este contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não havendo a cobrança de taxas ou quaisquer outros valores no ato da renovação, e tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. As coberturas previstas neste contrato somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência e serão contados a partir da data de inclusão do beneficiário, sendo assim especificados:
a) **24 (vinte e quatro) horas** para os atendimentos de urgência e emergência;
b) **180 (cento e oitenta) dias** para os demais procedimentos; e
c) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

6.2, Não será exigido o cumprimento dos prazos de carência quando o número de beneficiários inscritos no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) participantes, **e desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

6.2.1. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias previsto na cláusula anterior, será exigido o cumprimento dos prazos de carência, a partir da inclusão dos novos beneficiários, independente do número de participantes no contrato.

6.2.2. O novo beneficiário dependente deverá formalizar o pedido de ingresso no contrato no máximo até 30 (trinta) dias, após o evento que o habilitou se tornar beneficiário, para que não seja exigido o cumprimento dos prazos de carência.

6.3. No plano coletivo empresarial com número menor de 30 (trinta) participantes, no ato da inclusão do beneficiário será exigido o cumprimento dos prazos de carência.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. **O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declião de Saúde, ou a.**

rQy

qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

7.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei no 9.656 de 1.998, inciso IX, do artigo 40 da Lei nº 9.961 de 2000, e as regras estabelecidas na Resolução Normativa - RN n° 558/2022.

7.3. No plano coletivo empresarial com número de participantes igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o preenchimento de Declaração de Saúde e, tampouco a aplicação de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doença e lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso e de seus dependentes em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

7.3.1. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias previsto na cláusula anterior, será exigido o preenchimento de Declaração de Saúde, e haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de constatação de doença e lesão preexistente, a partir da inclusão dos novos beneficiários, independente do número de participantes no contrato.

7.3.2. O novo beneficiário dependente deverá formalizar o pedido de ingresso no contrato no máximo até 30 (trinta) dias, após o evento que o habilitou se tornar beneficiário, para que não seja exigido o preenchimento de Declaração de Saúde e tampouco haja aplicação de Cobertura Parcial Temporária nos casos de constatação de doença ou lesão preexistente.

7.4. No plano coletivo empresarial com número de participantes menor de 30 (trinta) beneficiários, obrigatoriamente, deverá ser preenchida por cada um dos beneficiários, a Declaração de Saúde, e haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de constatação de doença ou lesão preexistente.

7.5. A informação será prestada por meio de Declaração de Saúde, em formulário específico elaborado pela CONTRATADA, acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário, que é parte integrante deste contrato e padronizado pela ANS.

7.5.1. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus financeiro.

7.5.2. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o

ônus financeiro dessa entrevista.

7.5.3. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doen as ou lesões que o.

beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e dos seus dependentes, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão e da fraude às informações.

7.6. Ficará a critério da CONTRATADA, a realização de entrevista prévia/perícia para inclusão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

7.6.1. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente se, no ato da admissão do beneficiário no plano de saúde, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela CONTRATADA.

7.7. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA aplicará a Cobertura Parcial Temporária - CPT, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

7.7.1. Cobertura Parcial Temporária - CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.8. Na hipótese de aplicação de CPT, a CONTRATADA suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente.

7.9. Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano de saúde, a CONTRATADA comunicará tal fato imediatamente ao beneficiário através de Termo de Comunicação.

7.9.1. A CONTRATADA poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano de saúde.

7.10. A CONTRATADA solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.

7.11. 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.

7.12. **Após julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS ou pelo Judiciário, o beneficiário ou seu representante legal passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar que lhe.**

foi prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente omitida, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.13. Não haverá a negativa de cobertura assistencial sob a alegação de doença ou lesão preexistente, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Para fins deste contrato considera-se a cobertura do atendimento nos casos de:

a) **Emergência:** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

b) **Urgência:** assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.1.1. **Deverão respeitar a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato os casos de urgência e emergência acima citados.**

8.2. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, a cobertura será limitada até as primeiras 12 (doze) horas em ambulatório, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.3. Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência para a segmentação obstétrica, a cobertura do atendimento será prestada por no máximo, 12 (doze) horas em ambulatório ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.4. Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato ou, quando for o caso, da data de adesão do beneficiário ao plano de saúde, é garantida a cobertura sem restrições.

8.5. Nos casos em que houver aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT para doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência será prestada por no máximo 12 (doze) horas em ambulatório, ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados a doença e lesão preexistente.

8.6. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da segmentação hospitalar, 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 beneficiário ou do seu representante legal, não cabendo ônus à CONTRATADA.

8.7. Após realizados os atendimentos classificados de urgência e emergência limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será garantida a cobertura de **remoção terrestre inter-hospitalar** do beneficiário, **dentro dos limites da área geográfica de abrangência prevista no contrato,** nas seguintes condições:

a) para uma outra unidade de atendimento da rede do plano de saúde, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade do atendimento ao beneficiário; e

b) para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, nos casos de beneficiários que estão cumprindo os prazos de carência para internação, ou quando houver aplicação de CPT, e que o atendimento ao beneficiário resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doença e lesão preexistente.

8.7.1. Caso não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, a CONTRATADA, deste ônus.

8.7.2. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.7.3. Se o beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em hospital privado ou em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, que não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.8 - Do Reembolso em Casos de Urgência e Emergência

8.8.1. É garantido o reembolso nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência e emergência,** ocorridos dentro da área de abrangência geográfica da cobertura contratual, **quando, comprovadamente, não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, exceto nos hospitais e serviços de tabela própria ou nos hospitais e serviços de alto custo.**

8.8.2. O reembolso será calculado de acordo com os valores da Tabela de Referência, que é a tabela de procedimentos e respectivos valores utilizados pela CONTRATADA no • pagamento de seus prestadores de serviçosna data do evento.

8.8.3. O prazo para a CONTRATADA efetuar o reembolso será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação de toda documentação original abaixo relacionada:

a) relatório do médico assistente, datado, assinado *e* carimbado, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do beneficiário, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta ou despesa hospitalar detalhada, discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com nota fiscal quitada.

c) honorários dos médicos assistentes, auxiliares *e* outros profissionais, juntamente com nota fiscal quitada, ou exclusivamente nos casos em que a legislação não exigir a emissão de nota fiscal, recibo original e quitado devendo conter os seguintes dados:
I - razão social, número de CNPJ *e* endereço completo do estabelecimento de atendimento, em caso de pessoa jurídica;
II - nome completo e número de CPF do beneficiário atendido;
III - nome completo, número de CPF, telefone, número de inscrição no respectivo conselho de classe do profissional que realizou o atendimento;
IV - descrição do(s) serviço(s) realizado(s), quantidade com valor unitário, data(s) e horário(s) do atendimento;
V - nome do profissional de saúde que realizou o atendimento;
VI - assinatura do profissional de saúde que realizou o atendimento do beneficiário.

d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e da nota fiscal quitada.

8.8.4. O beneficiário deverá apresentar à CONTRATADA, além das notas fiscais e recibos, comprovante que demonstre o efetivo desembolso, tais como: microfilmagem de cheque, ou demonstrativo de pagamento eletrônico, ou comprovante individual de lançamento em cartão de crédito. Na hipótese de pagamento em dinheiro, o beneficiário deverá apresentar o recibo, além de preencher uma declaração de pagamento, conforme modelo disponibilizado pela **CONTRATADA.**

8.8.5. O beneficiário terá o prazo de 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento de urgência e emergência para solicitar o reembolso, sob pena de perda do direito ao reembolso.

8.8.6. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, e desde que realizados enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.8.7. Não haverá reembolso quando se tratar de serviços/procedimentos não cobertos por este contrato, ou quando for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal • relacionado ao mesmo atendimento.

8.8.8. Caso seja considerado falso o documento apresentado pelo beneficiário para a solicitação de reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares, sendo constatada fraude no pedido de reembolso, a CONTRATADA se reserva o direito de excluir imediatamente o beneficiário do plano de saúde, nos termos da letra "d" da cláusula 14.1 do presente contrato.

TEMA IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

9.2 - Do Cartão Individual de Identificação

9.2.1. A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o Cartão Individual de Identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade.

9.2.3. Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato é condição obrigatória a apresentação, pelos beneficiários, do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento de identidade oficialmente reconhecido na forma da lei.

9.2.4. A CONTRATADA poderá, sempre que necessário, alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema operacional para um melhor atendimento.

9.2.4.1. O Cartão Individual de Identificação poderá ser emitido por meio digital.

9.2.5. Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, o extravio, ou roubo do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

9.2.6. Para emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação deverá haver solicitação por escrito à CONTRATADA, e ensejará pagamento de taxa para cada Cartão Individual de Identificação emitido, a ser cobrada juntamente com a mensalidade, no valor vigente à época.

9.2.7. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescIsao deste contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, recolher e devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços, ficando a CONTRATADA, desde já, • autorizada a cobrar todos os valores correspondentes na hipótese de uso indevido.

9.3 - Da Autorização Prévia

9.3.1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA da CONTRATADA através de Guia de Solicitação de Serviços, exceto as consultas médicas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

9.3.2. O beneficiário deverá solicitar à CONTRATADA a autorização prévia do procedimento a ser realizado munido de Cartão Individual de Identificação, do documento de identidade e da Guia de Solicitação de Serviços.

9.3.3. A CONTRATADA poderá solicitar ao beneficiário ou ao médico assistente informações complementares sobre o procedimento eletivo solicitado, caso a documentação apresentada não possibilite a análise conclusiva para a liberação da Guia de Solicitação de Serviços.

9.3.4. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurg1ao dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em receituário, contendo os dados do beneficiário, a descrição dos exames e sua indicação clínica.

9.4 - Das Condições de Atendimento

9.4.1 **Consultas/sessões:** a data e o horário da consulta/sessão serão marcados pelo beneficiário, conforme a agenda do prestador de serviço, e o beneficiário deverá escolher o prestador de serviço de sua preferência, nos limites do plano ora contratado. No dia marcado, o beneficiário deverá ir ao local do atendimento munido de seu Cartão Individual de Identificação válido e de seu documento de identidade, e caso haja necessidade de autorização prévia, deverá ainda levar a Guia de Solicitação de Serviços.

9.4.1.1. As consultas realizadas em Pronto Atendimento/Pronto Socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

9.4.2. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** serão executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, e nos limites do plano ora contratado, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

9.4.3. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas:** serão realizados por prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, e nos limites do plano ora contratado, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência. No dia do atendimento, o beneficiário deverá dirigir-se ao estabelecimento de saúde munido da Guia de Solicitação de Serviços, além do seu Cartão Individual de Identificação válido e de seu documento de identidade.

M.-,.,daAllança
eoop.rattv-Int.madonal
·coopcn, vismo:caminho par., a democracia e a paz."
Robêtto Rodf"igues
ANS - nº 38562-0

9.4.4. As internações, exames e procedimentos eletivos ou programados terão cobertura quando previamente autorizados pela CONTRATADA, nos termos da RN n° 566/2022 ou da norma que eventualmente a substitua.

9.4.5. Em caso de dificuldade no agendamento de atendimento, o beneficiário deverá comunicar o fato à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do Cartão Individual de Identificação.

9.4.6. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não.

Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma, não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e no contrato.

9.4.7. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

9.5 - Dos Serviços e da Rede Credenciada

9.5.1. Os beneficiários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactentes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos, serão privilegiados no atendimento.

9.5.2. A relação completa dos prestadores de serviços que compõem a rede credenciada da CONTRATADA, tais como, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem seus respectivos endereços, está à disposição no site da CONTRATADA.

9.5.3. A CONTRATADA poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente.

9.5.4. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

a) a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

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

9.5.5. A CONTRATADA poderá redimensionar a sua rede hospitalar por redução, mediante autorização expressa da **ANS.**

9.6 - Da Divergência Médica

9.6.1. Será garantida, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde cobertos no presente contrato, a realização de junta médica ou odontológica com vistas a solucionar o impasse nos termos da Resolução Normativa - RN n° 424/2017.

9.6.2. A junta médica ou odontológica será constituída pelo médico assistente, pelo médico da CONTRATADA e por um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

9.6.2.1. Para instauração da junta médica ou odontológica, a CONTRATADA deverá comunicar, simultaneamente, o médico assistente e o beneficiário ou seu representante legal, por meio de notificação por escrito, na qual serão indicados quatro profissionais aptos a compor a junta, e, ainda, assinalado um prazo para resposta.

9.6.2.2. Caso o médico assistente se recuse expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a junta médica caberá à CONTRATADA.

9.6.3. É facultado à CONTRATADA firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista na cláusula 9.6.2.1.

9.6.4. Caso o médico assistente não concorde com o resultado da junta, a CONTRATADA deve disponibilizar outro profissional credenciado que realize o procedimento, conforme o decidido pela junta médica.

9.6.5. Quando a junta médica concluir pela não indicação da realização de procedimento, tal resultado não configurará negativa de cobertura, desde que a junta médica tenha sido realizada em conformidade com as regras vigentes.

9.7 - Da Coparticipação

9.7.1. Coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator • moderador, a ser paga pela CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização de um procedimento ou evento em saúde, tais como, consi sessões, exames,.

procedimentos, terapias e internações, conforme o plano contratado, e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde.

9.7.2. As condições e valores de coparticipação serão aquelas estipuladas na Proposta de Adesão, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

9.7.3. Os valores de coparticipação serão revistos na mesma data base para reajuste contratual, sendo utilizado o mesmo percentual aplicado para as mensalidades.

TEMA X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. A formação do preço deste contrato é preestabelecido, ou seja, o valor da mensalidade é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

10.2. A responsabilidade pelo pagamento das obrigações financeiras à CONTRATADA será da CONTRATANTE, ressalvada a hipótese prevista na cláusula 13.7.2 do presente contrato onde estabelece que o beneficiário inativo assumirá o pagamento integral das obrigações financeiras.

10.2.1. As obrigações financeiras são aquelas decorrentes da prestação de serviços, tais como, a soma dos valores das mensalidades relacionados na Proposta de Adesão correspondente a cada faixa etária dos beneficiários (titulares e dependentes), inscritos neste contrato; segunda via de cartão de identificação; eventuais valores de coparticipação e franquia decorrentes da utilização; multas, juros e correção monetária, quando for o caso.

10.3. Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) estiver enquadrado, podendo também ser apresentado por preço único.

10.3.1. O critério adotado para a determinação do preço para os beneficiários é o preço médio ou por faixa etária, conforme estipulado na Proposta de Adesão.

10.4. A CONTRATANTE e os beneficiários definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, obrigam-se a pagar as obrigações financeiras de acordo com o estabelecido pela CONTRATADA quanto à forma, local e data de pagamento, e conforme o previsto neste contrato.

10.4.1. O pagamento das obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços deverá ser realizado até a data do vencimento, conforme acordado na Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento cair em feriado ou em dia que não haja expediente bancário.

10.4.2. O pagamento parcial da fatura não caracteriza o cumprimento integral da obrigação, permanecendo a CONTRATANTE inadimplente até a data da efetiva quitação do débito em atraso.

10.5. A emissão de fatura basear-se-á na movimentação informada pela CONTRATANTE à CONTRATADA, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.5.1. Após a emissão da fatura com base nessa movimentação, não poderá a CONTRATANTE, em qualquer hipótese, realizar o pagamento parcial da fatura.

10.6. Se a CONTRATANTE ou os beneficiários definidos nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98, não receberem documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias úties antes do respectivo vencimento, deverão solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeitem à consequência da mora.

10.7. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em nevação contratual ou transação.

10.8. Ocorrendo impontualidade no pagamento das obrigações financeiras, pela CONTRATANTE ou pelos beneficiários definidos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculado proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

10.8.1. Caso não seja verificado o adimplemento das obrigações financeiras previstas neste contrato, a CONTRATADA se reserva o direito de incluir o nome da CONTRATANTE ou dos beneficiários definidos nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98, nos órgãos de proteção ao crédito (SERASA, SPC, cartório e assemelhados), além de sujeitar, a critério da CONTRATADA, a suspensão total dos atendimentos e rescisão do contrato.

10.9. O pagamento das obrigações financeiras referente a um determinado mês, não implica na quitação de débitos anteriores.

10.10. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

10.11. Ainda que não haja utilização efetiva das coberturas contratadas no período de inadimplência, permanecerá a CONTRATANTE ou os beneficiários definidos nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98, responsáveis pelo pagamento das respectivas parcelas.

10.12. Caberá a quem a lei determinar o pagamento dos impostos e outros encargos que incidam ou venham a incidir sobre as obrigações financeiras deste contrato.

TEMA XI – REAJUSTE

11.1 - Do Reajuste Anual

11.1.1. Todos os valores previstos neste contrato serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, de acordo com a variação do índice **FIPE-Saúde,** acumulado nos últimos 12 meses, com uma antecedência de 60 dias em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de início de sua vigência.

11.2 - Do Reajuste por Sinistralidade

11.2.1. Além do índice estipulado na cláusula anterior, os preços também serão reajustados anualmente caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato pelo índice de reajuste técnico, obtido por meio da sinistralidade verificada no período avaliado.

11.2.1.1. O índice de reajuste técnico será aplicado caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (Sm), que é a meta de sinistralidade do presente contrato, e será obtido conforme a equação disposta a seguir:

$$= \frac{S}{S\_} - 1,$$ onde:

S = Corresponde a sinistralidade do período de 12 meses;
Sm = Corresponde a meta de sinistralidade = **75** %;

11.2.1.2. Para fins de obtenção da sinistralidade do presente contrato, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pela CONTRATADA ao Sistema Único de Saúde - SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários da CONTRATANTE no serviço público.

11.3 - Do Reajuste de Contratos com até 29 (vinte e nove) Beneficiários

11.3.1. Se na data de aniversário do presente contrato o número de participantes for de até 29 (vinte e nove) beneficiários, será agrupado com todos os demais contratos coletivos que possuem até 29 (vinte e nove) beneficiários da carteira da CONTRATADA, e o reajuste será calculado nos termos do Capítulo III, da Resolução Normativa - RN nº 565/2022.

11.3.1.1. O contrato com até 29 (vinte e nove) beneficiários terá como mês de referência para a primeira apuração o mês de inicio de vigência do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

11.3.1.2. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato considerará todos os produtos a ele vinculados.

11.3.1.3. **O contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso tenha 30 (trinta) ou mais beneficiários na data de aniversário do contrato, sendo que, neste caso, o cálculo de reajuste seguirá as regras descritas nas cláusulas 11.1 e 11.2 do presente contrato, ou seja, o cálculo do reaju te técnico e da.**

sinistralidade será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

11.3.1.4. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

11.3.1.5. O valor do percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

11.3.1.6. Até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, a CONTRATADA divulgará e manterá em seu endereço eletrônico na internet o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos agregados ao agrupamento, tal como determina a legislação em vigor.

11.4 - DasCondições para Reajuste

11.4.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

11.4.2. O reajuste integral dar-se-á na data de aniversário da vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única, independentemente da data de inclusão dos beneficiários.

11.4.3. Este contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança faixa etária e migração do contrato.

11.4.4. Não haverá aplicação de percentuais de reajustes diferenciados para beneficiários que façam parte deste contrato.

11.4.5. Os reajustes aplicados neste contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme os normativos vigentes.

TEMA XII – FAIXAS ETÁRIAS

12.1. A mensalidade será estabelecida de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade será reajustada automaticamente, no mês seguinte do aniversário do beneficiário.

12.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAL DE REAJUSTE
Ü - 18 ANOS	
19 - 23 ANOS	%
24 - 28 ANOS	%

29 - 33 ANOS	%
34 - 38 ANOS	%
39 - 43 ANOS	%
44 - 48 ANOS	%
49 - 53 ANOS	%
54 - 58 ANOS	%
59 ANOS OU MAIS	%

12.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na tabela acima e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior. **Não se confundem com o reajuste anual.**

12.4. Os percentuais de variação para cada faixa etária deverão ser fixados nas seguintes condições:
a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e
b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1- DosquePossuem o Direito de Manutenção da Condição de Beneficiário

13.1.1 - Do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

13.1.1.1. Ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que tenha contribuído para o plano de saúde contratado na vigência da Lei n° 9.656/98, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, correspondente ao seu custo por faixa etária.

13.1.1.2. O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

13.1.2 - Do Ex-Empregado Aposentado

13.1.2.1. Ao ex-empregado aposentado que tenha contribuído para o plano de saúde contratado na vigência da Lei n° 9.656 de 1.998, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, correspondente ao seu custo por faixa etária.

13.1.2.2. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou
b) à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos.

13.2 - Da Contribuição

13.2.1. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

13.2.2. O beneficiário titular que **não contribuir para o plano de saúde** no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, **não faz jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98**.

13.3 - Da Obrigatoriedade de Extensão ao Grupo Familiar

13.3.1. O direito de manutenção da condição de beneficiário está assegurado a todos os dependentes do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

13.3.2. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.4 - Da Comunicação ao Beneficiário

13.4.1. Será de inteira responsabilidade da CONTRATANTE, oferecer a extensão de cobertura do plano de saúde ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que tenha contribuído a qualquer tempo para o plano de saúde contratado na vigência da Lei n° 9.656/98.

13.4.2. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado da CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

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

13.4.4. No ato da exclusão do beneficiário titular do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá fornecer a CONTRATADA as seguint

a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneraçao sem justa causa ou aposentadoria;
b) se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado e continua trabalhando na CONTRATANTE mesmo após a sua aposentadoria;
e) se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano de saúde;
d) por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

13.4.4.1. A exclusão do beneficiário titular do plano de saúde somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado por escrito da opção do benefício legal previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, bem como das informações descritas na cláusula anterior.

13.4.4.2. Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à CONTRATADA, a CONTRATANTE continuará responsável pelo pagamento integral das obrigações financeiras referente ao respectivo beneficiário até que a entrega se concretize.

13.4.5. Havendo contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser assinado termo específico de manutenção no plano de saúde disponibilizado pela CONTRATADA.

13.4.6. A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade por eventuais aplicações de penalidades que sejam impostas a CONTRATADA, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em decorrência de medidas judiciais e/ou demandas administrativas propostas pelos ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por conta de informações incorretas prestadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA.

13.5 - Do Direito de Manutenção dos Dependentes em Caso de Morte do Titular

13.5.1. Em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, na vigência do benefício a CONTRATADA assegura a permanência aos beneficiários dependentes já inscritos no contrato pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente as obrigações financeiras.

13.6 - Das Vantagens Obtidas em Negociações Coletivas de Trabalho ou Acordos Coletivos de Trabalho

13.6.1. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

13.7 - Da Manutenção da Condição de Beneficiário e do Pagamento das Obrigações Financeiras

13.7.1. A manutenção do ex-empregado na condição de beneficiário no mesmo plano de saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, observará as mesmas cláusulas referentes à reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

13.7.2. Será de responsabilidade única e exclusiva do beneficiário titular inativo, na condição de ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado o pagamento integral das obrigações financeiras, diretamente a CONTRATADA, por meio de boleto, respeitada a formação de preço pré-estabelecida adotada.

13.7.3. O valor da mensalidade a ser paga pelo beneficiário inativo corresponderá ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária deste contrato, com as devidas atualizações, o mesmo ocorrendo com relação aos seus dependentes.

13.8 - Do Aposentado que Continua Trabalhando na Mesma Empresa

13.8.1. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, nos termos no disposto no art. 31 da Lei nº 9.656/98 e na Resolução Normativa - RN nº 488/2022.

13.8.2. O direito de que trata a cláusula anterior, é estendido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no art. 31 da Lei n° 9.656/98.

13.9 - DaExtinção do Direito Assegurado nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98

13.9.1. O direito assegurado nos arts. 30 e 31 da Lei n° 9.656/98, se extingue nas seguintes situações:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos arts. 4º e Sº da Resolução Normativa - RN nº 488/2022; ou

b) pela admissão do beneficiário exonerado ou demitido sem justa causa ou aposentado em novo emprego que constitua um novo vínculo profissional e que possibilite o seu ingresso em um plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou

c) pelo cancelamento pela CONTRATANTE do benefício do plano de saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados; ou

d) pelo não pagamento das obrigações financeiras por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não.

13.10 - Do Cancelamento do Benefício do Plano de Saúde

13.10.1. No caso de cancelamento do plano de saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano individual ou familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar;

b) o beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas obrigações financeiras e de seus dependentes;
c) o valor da mensalidade corresponderá ao valor da tabela vigente do plano individual ou familiar na data de adesão a este plano.

13.10.2. É de responsabilidade da CONTRATANTE informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato em tempo hábil para opção do empregado de contratar plano individual ou familiar no prazo estabelecido.

13.11 - Da Portabilidade

13.11.1. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/98, poderá exercer a portabilidade de carências, na forma e nas especificidades estabelecidas na Resolução Normativa - RN n° 438/2018.

TEMA XIV – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1. A suspensão ou exclusão de beneficiários deverá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE.

14.2. A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:
a) perda do vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, por qualquer razão, ressalvados os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 de 1998 e RN nº 488/2022;
b) perda da condição de dependência, na forma prevista neste contrato;
c) fornecimento pela CONTRATANTE de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito dos beneficiários incluídos no presente contrato;
d) prática, pelo beneficiário, de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexatidão e erro nas declarações ou fatos que possam influenciar na celebração do contrato;
e) prática, pelo beneficiário, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no respectivo processo administrativo; e
f) prática de infrações pelo beneficiário ou pela CONTRATANTE, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.

14.2. No caso de exclusão por fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário será solidariamente responsável, juntamente com a CONTRATANTE, por ressarcir à CONTRATADA as coberturas indevidamente pagas por esta.

14.3. A exclusão do beneficiário implicará perda imediata do direito à cobertura do atendimento.

14.4. O beneficiário titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão ou de seus dependentes do contrato, nos termos da regulação vigente, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATANTE no contrato.

14.4.1. A CONTRATANTE deverá, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido de exclusão solicitado pelo beneficiário titular, comunicar por escrito à CONTRATADA o recebimento da aludida solicitação. Expirado o prazo sem a devida providencia, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.

14.4.2. A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu dependente terá efeito imediato a partir da ciência da CONTRATADA, nos termos da legislação vigente.

14.5. A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

14.6. A comunicação do falecimento do beneficiário titular é obrigação contratual da CONTRATANTE e, até que o faça formalmente, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde.

TEMA XV – RESCISÃO / SUSPENSÃO

15.1 - Da Suspensão

15.1.1. O atraso no pagamento das obrigações financeiras, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias implicará na suspensão da assistência à saúde dos beneficiários até a efetiva liquidação do débito.

15.2 - Da Rescisão

15.2.1 - Rescisão Motivada

15.2.1.1. O presente contrato poderá ser rescindido, a qualquer momento, considerando-se dentre outras, as situações a seguir:

a) no caso de qualquer ato ilícito, fraude comprovada, declaração de informações falsas, incompletas ou distorção ou omissão destas, realizada pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus beneficiários, e que influenciem na celebração deste contrato;

b) quando for verificado atraso no pagamento das obrigações financeiras **por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato,** sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;

c) extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, ou falência da CONTRATANTE; e

o por falta de observação e cumprimento das condições pelas partes, bem como das obrigações contratuais estabelecidas.

15.2.2 - Rescisão !motivada

15.2.2.1. A rescisão imotivada do presente contrato por iniciativa da CONTRATANTE e/ou da CONTRATADA, somente poderá ocorrer após o prazo mínimo de vigência estabelecido na cláusula 5.1, e mediante comunicação formal de qualquer uma das partes com antecedência de no mínimo 60 (sessenta) dias, e neste período deverá ocorrer o pagamento das obrigações financeiras.

15.2.2.2. Antes de completado o prazo mínimo de v1gencia previsto na cláusula 5.1, é facultado a qualquer uma das partes rescindir imotivadamente o presente contrato, sujeitando-se a parte que requerer a rescisão ao pagamento de multa rescisória equivalente a **30% (trinta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mínimo de vigência,** sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações financeiras devidas até a data de rescisão do contrato.

15.3. Nas hipóteses de rescisão por fraude ou violação contratual, a CONTRATADA poderá buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

15.4. Será facultado à CONTRATADA cobrar da CONTRATANTE todos as obrigações financeiras e encargos contratuais devidos até a data da rescisão do contrato, tais como, valores de coparticipação e franquia pendentes em função dos atendimentos conferidos aos beneficiários, durante o tempo de vigência do mesmo, com cobrança programada para data posterior a rescisão.

15.5. Durante o período de aviso prévio da rescisão do contrato, não serão admitidas inclusões ou exclusões de beneficiários.

15.6. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos e tratamentos iniciados durante a vigência do contrato cessará no último dia determinado para a efetivação da rescisão contratual, não correndo quaisquer despesas a partir daí por conta da CONTRATADA.

TEMA XVI – PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

16.1. Estas disposições aplicam-se a toda atividade de tratamento de Dados Pessoais da CONTRATANTE que seja realizada pela CONTRATADA quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam a beneficiários vinculados à CONTRATANTE, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste contrato.

16.2. 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) Considera-se **"CRIANÇA",** para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e **"ADOLESCENTE"** aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade.

16.3. A CONTRATADA 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 n° 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.

16.3.1. 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, §1° da Lei nº 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.

16.3.2. A CONTRATADA 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 as regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

16.4. Para a prestação do serviço contratado, a CONTRATADA se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas - • inclusive integrantes do Sistema Cooperativo UNIMED - com as quais a CONTRATADA 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.

16.5. 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;
k) Oposição a um tratamento de dados pessoais, comprovadamente irregular.

16.6. Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos previstos acima, de forma gratuita, pelo e-mail dpo@unimed-lorena.com.br.

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

a) em formato simplificado;
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, observados os segredos comercial e industrial, fornecida no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do requerimento do titular.

16.7.1. As requisições acima serão atendidas:

a) imediatamente, para o formato previsto no item "a"; ou
b) 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item "b".

16.7.2. A recusa ou impossibilidade de atendimento imediato da requ1s1çao serão devidamente fundamentadas sendo que, no caso de impossibilidade de atendimento imediato, a CONTRATADA informará o beneficiário o prazo para retorno.

16.8. 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.

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

16.10. 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 CONTRATADA, 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.

16.11. Sem prejuízo do disposto neste contrato, os beneficiários poderão se informar por meio do canal constante na cláusula 16.6, bem como no Aviso de Privacidade da CONTRATADA, acessível por meio do link : http://www.unimed-lorena.eom.br/lgpd/

TEMA XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. É parte integrante deste contrato, para todos os fins direito:
a) Proposta de Adesão;
b) Carta de Orientação ao Beneficiário;
c) Declaração de Saúde;
d) Declaração de Conhecimento e Oferecimento do Plano Referência;
e) Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS;
f) Guia de Leitura Contratual - GLC; e
g) Formulários de Movimentação Cadastral.

17.2. É responsabilidade da CONTRATANTE entregar ao beneficiário titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

17.3. O Guia de Leitura Contratual (GLC) poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital e será entregue junto com o Cartão Individual de Identificação.

17.4. Sempre que solicitado pelo beneficiário titular, a CONTRATANTE deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no Guia de Leitura Contratual.

17.5. A inserção de mensagens na fatura/boleto valerá como notificação/ciência à CONTRATANTE e de seus beneficiários de fatos para os quais a Lei não exija forma especial.

17.6. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Adesão, para a devida apuração.

17.7. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendim oope;vas i::;rantes do.

SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

17.8. A tolerância ou a demora por parte da CONTRATADA em exigir o cumprimento de quaisquer obrigações ora pactuadas não constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo beneficiário ou pela CONTRANTE, podendo, a qualquer tempo, ser exigido o seu cumprimento.

17.9. A CONTRATANTE deverá solicitar autorização previa e expressa da CONTRATADA caso venha utilizar sua logomarca em propagandas, panfletos ou documentos publicitários.

17.10. A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar informações mediante designação de médico responsável pelo fluxo de informações médicas, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde relativa ao contrato.

17.11. Sempre que julgar necessário a CONTRATADA poderá solicitar qualquer documentação relativa ao presente contrato e aos beneficiários, devendo a CONTRATANTE apresentá-la à CONTRATADA.

17.12. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, declarações de vínculo legal de seus beneficiários ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.

17.13. As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução nº 1931/09 do Conselho Federal de Medicina.

17.14. A CONTRATANTE declara, sob as penas da lei, que se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas à CONTRATADA em relação aos dados constantes na Proposta de Adesão, e aos beneficiários a serem incluídos, inclusive no que diz respeito a elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

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

17.16. Este contrato foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos nas obrigações financeiras.

TEMA XVIII – ELEIÇÃO DE FORO

18.1. Fica eleito o domicílio da CONTRATANTE como foro privilegiado para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato.

Praça Rosendo Pereira Leite,nº 74
Jardim Margarid:i - Lorena SP
(12) 3159-2001

FSC

E, por estarem justas e acordadas, as partes, acompanhadas de duas testemunhas, firmam o presente instrumento em via única digital, reconhecendo como válida a assinatura eletrônica e seus efeitos de forma irrevogável, pelo que se declara como expressão da verdade, e assinam eletronicamente, por meio da plataforma *DocuSign,* nos termos dos §§ 1° e 2º do artigo 10 da Medida Provisória n° 2.200-2/2001, ou por qualquer outro meio de certificação disponibilizado pela !CP-Brasil, tudo sob as penas da Lei.

Lorena, 13 de dezembro de 2023.

CONTRATADA:

'S\,tr.I S\ . à.,.....

UNIMED DE LORENA COOPERATIVA DE TRABÀLHO MÉDICO
Dra. Maria Aparecida Marcondes de Andrade Nogueira
Dr. Marco Antonio Sarquis UDe

CONTRATANTE:

CÂMARA MUNICIPAL
NELSON PINHEIRO JUNIOR
Representante Legal

TESTEMUNHAS:

7J;}lwi!J

Nome: Thais Regina Carvalho da Mota
RG: 26.146.[illegible]2

Nome: Elis ngela Rodrigues de Oliveira
RG: 32.48 .144-0

VENDEDOR:

Nome: M ceio Antunes de Paula
RG: 30.5 6.907-3

Nom : Cinthya de Paula Pacheco
RG: 43.149.1185

Unimed Lorena

Praça Rosendo Pereira Leite,nº 74
Jardim Margaridil - 1orena - SP
(12) 3159-2001

J.;j
FSC

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFE

Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade do **Plano Referência registrado sob nº 415.899/99-7,** que assegura a assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo, e que este foi oferecido pela **UNIMED DE LORENA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO,** registrada na **ANS sob nº 38. 562-0,** conforme determina o artigo 12, § 2° da Lei nº 9.656/98.

Após os esclarecimentos sobre o Plano Reterência, **declaro não ter interesse em adquiri-lo,** optando pela contratação do plano denominado **REGIONAL FLEX ENFERMARIA,** com registro na ANS sob **nº487.857/21-4.**

Lorena, 13 de dezembro de 2023.

CÂMARA MUNICIPAL DE CRUZEIRO
NELSON PINHEIRO JUNIOR
Representante Legal

Unimed Lorena

Praça Rosendo Pereira Leite,74-
Jardim Margarida - Lorena
Tel:(12) 3159-2000

JJ
FSC

Lorena, 13 de dezembro de 2023.

À
Câmara Municipal de Cruzeiro

Prezado Cliente,

Informamos a você sobre um benefício significativo que o seu plano de saúde oferece: **atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.**

Trata-se de uma cobertura adicional ao seu plano de saúde de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da **ANS.**

A Unimed de Lorena não poderá revogar esta cobertura adicional de forma unilateral, de modo que será garantido tal benefício durante toda a vigência contratual.

Nosso compromisso é cuidar da sua saúde da melhor maneira possível, onde quer que você esteja no Brasil. Seguindo as diretrizes do Sistema Unimed, estamos empenhados em garantir que você tenha acesso a atendimento médico de qualidade em situações de urgência e emergência, não importando sua localização.

Mantenha sempre consigo os números de telefone de emergência e os detalhes do seu plano para facilitar o processo de atendimento.

Estamos comprometidos em ser a sua escolha confiável para cuidados médicos em todas as situações. Estamos aqui para você, independentemente de onde esteja no país.

Cuidar de você, esse é o plano.

UNIMED DE LORENA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Dra. Maria Ap recida Marcondes de Andrade Nogueira
Dr. Marco Antonio Sarquis Ude