



**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO PRODUTO: UNIAMPLO ADESÃO
PLUS – ANS 489.703/21-0**

CONTRATADA/OPERADORA:

RAZÃO SOCIAL UNIMED PALMAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO		
CNPJ 37.313.475/0001-48	REGISTRO ANS 309907	TELEFONE (63) 3025-5800
ENDEREÇO Quadra 104 Norte, Rua NE-01, Lote 01, Ed. Beatriz, Salas 101 a 111, Plano Diretor Norte		
CIDADE Palmas	UF TO	CEP 77006-900

CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL ASSECAD – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO TOCANTINS		
CNPJ 38.137.329/0001-71	REGISTRO ANS	TELEFONE (63) 3215 -4595
ENDEREÇO Quadra 103 SUL, Rua SO 01, Lote 14, Sala 01 – Plano diretor Sul		
CIDADE Palmas	UF TO	CEP 77.015.014
NOME DO REPRESENTANTE CLEITON LIMA PINHEIRO		CPF DO REPRESENTANTE 530.940.361-49

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE:

RAZÃO SOCIAL ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA		
CNPJ 07.674.593/0001-10	REGISTRO ANS 41728-9	TELEFONE (11) 4063-9167
ENDEREÇO Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Jardim Paulista		
CIDADE São Paulo	UF SP	CEP 01419-908
NOME DO REPRESENTANTE Farias Pereira de Souza		CPF DO REPRESENTANTE 634.673.801-15

Resolvem, na melhor forma de direito, celebrar o presente termo aditivo ao CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO referente ao produto UNIAMPLO ADESÃO PLUS – ANS 489.703/21-0, firmado entre as partes em 01.11.2021 (o “Contrato”) mediante as seguintes cláusulas e condições:

CAPÍTULO I. DA ISENÇÃO DE CARÊNCIAS

Art. 1. As PARTES estabelecem que ficarão isentos de carência - de qualquer tipo, incluindo pré-existências - os beneficiários que forem incluídos no “Contrato” até a vigência de 01 de dezembro de 2021. Após este período, as inclusões posteriores seguirão de acordo com as previsões do “Contrato”.

CAPÍTULO II. DO REAJUSTE ANUAL

Art. 2. As PARTES ratificam que início de vigência do “Contrato” é **01.11.2021**, de forma que, o mês de reajuste do “Contrato” será **NOVEMBRO** de cada ano, com o primeiro reajuste previsto para **NOVEMBRO** de **2022**.

CAPÍTULO III. DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 3. Permanecem inalteradas e em vigor todas as demais disposições do “Contrato”, que não expressamente modificados por este Instrumento e que com este não divergirem.

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Palmas-TO, 01 de novembro de 2021.

Cleiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE

Jorge Manuel Bragiero Mendes

CONTRATADA

Farias Pereira de Souza

ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA/ESTIPULANTE

Fran Nassis de Souza

TESTEMUNHAS:

Sebastião Cristiano S. Figueiredo

Nome:
CPF:

Charles Lindberg Dantas

Nome:
CPF:



O presente contrato formaliza e regula a prestação dos serviços a serem desempenhados pela nossa Operadora de Planos de Saúde, contendo as respectivas regras, direitos, deveres e a forma que será realizada a assistência à saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA, CONTRATANTE E ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE.....	2
CAPÍTULO II.	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO CONTRATADO	2
CAPÍTULO III.	ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
CAPÍTULO IV.	DISPOSIÇÕES INICIAIS – ESTIPULANTE E CONTRATANTE.....	3
CAPÍTULO V.	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO.....	3
SEÇÃO I.	PESSOAS ELEGÍVEIS PARA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO.....	3
SEÇÃO II.	INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA	4
SEÇÃO III.	INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA..	4
SEÇÃO IV.	DISPOSIÇÕES FINAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO	4
CAPÍTULO VI.	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
SEÇÃO I.	DISPOSIÇÕES GERAIS	5
SEÇÃO II.	COBERTURA AMBULATORIAL.....	6
SEÇÃO III.	COBERTURA HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA.....	7
SEÇÃO IV.	COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	10
CAPÍTULO VII.	EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	11
CAPÍTULO VIII.	DA PERÍCIA E APRIMORAMENTO	14
CAPÍTULO IX.	DAS CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL	14
SEÇÃO I.	DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	14
SEÇÃO II.	DA CARÊNCIA PARA OS CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO	14
SEÇÃO III.	DA CARÊNCIA PARA O MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA E DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL	15
SEÇÃO IV.	QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO	15
SEÇÃO V.	DISPOSIÇÕES FINAIS	15
CAPÍTULO X.	DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	15
SEÇÃO I.	DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E RESPECTIVA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) 15	17
SEÇÃO II.	DA ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.....	17
SEÇÃO III.	DOS CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	17
CAPÍTULO XI.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
SEÇÃO I.	DISPOSIÇÕES GERAIS E APLICÁVEIS A TODOS OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
SEÇÃO II.	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PERÍODOS DE CARÊNCIA E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA 19	19
CAPÍTULO XII.	DA REMOÇÃO.....	20
CAPÍTULO XIII.	DO REEMBOLSO	22
CAPÍTULO XIV.	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
SEÇÃO I.	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	23
SEÇÃO II.	CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	23
SUBSEÇÃO I.	DA PORTA DE ENTRADA.....	23
SUBSEÇÃO II.	REGRAS PARA OBTENÇÃO DE ATENDIMENTO	24
SEÇÃO III.	DA COPARTICIPAÇÃO.....	25
CAPÍTULO XV.	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	26
CAPÍTULO XVI.	REAJUSTE	27
SEÇÃO I.	REAJUSTE ECONÔMICO	27
SEÇÃO II.	REAJUSTE TÉCNICO.....	28
SEÇÃO III.	REAJUSTE TOTAL	29
SEÇÃO IV.	REAJUSTE ESPECÍFICO PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS	29
SEÇÃO V.	FAIXAS ETÁRIAS	31
SEÇÃO VI.	DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE	31
CAPÍTULO XVII.	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS	32
CAPÍTULO XVIII.	DURAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO.....	33
CAPÍTULO XIX.	DA RESCISÃO	33
CAPÍTULO XX.	DO CANCELAMENTO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO	34
CAPÍTULO XXI.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	35
CAPÍTULO XXII.	ELEIÇÃO DE FORO	36
ANEXO I – QUADRO DE CARÊNCIAS	37	
ANEXO II – DA COPARTICIPAÇÃO	38	
ANEXO III – DAS PRINCIPAIS DEFINIÇÕES PARA EFEITOS DO CONTRATO	39	



**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO**

CAPÍTULO I. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA, CONTRATANTE E ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE

CONTRATADA/OPERADORA:

RAZÃO SOCIAL UNIMED PALMAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO		
CNPJ 37.313.475/0001-48	REGISTRO ANS 309907	TELEFONE (63) 3025-5800
ENDEREÇO Quadra 104 Norte, Rua NE-01, Lote 01, Ed. Beatriz, Salas 101 a 111, Plano Diretor Norte		
CIDADE Palmas	UF TO	CEP 77006-900

CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL ASSECAD – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO TOCANTINS		
CNPJ 38.137.329/0001-71	REGISTRO ANS	TELEFONE (63) 3215 -4595
ENDEREÇO Quadra 103 SUL, Rua SO 01, Lote 14, Sala 01 – Plano diretor Sul		
CIDADE Palmas	UF TO	CEP 77.015.014
NOME DO REPRESENTANTE CLEITON LIMA PINHEIRO		CPF DO REPRESENTANTE 530.940.361-49

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE:

RAZÃO SOCIAL ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA		
CNPJ 07.674.593/0001-10	REGISTRO ANS 41728-9	TELEFONE (11) 4063-9167
ENDEREÇO Alameda Santos, nº 1.357, 7º andar, Jardim Paulista		
CIDADE São Paulo	UF SP	CEP 01419-908
NOME DO REPRESENTANTE Farias Pereira de Souza		CPF DO REPRESENTANTE 634.673.801-15

CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO CONTRATADO

Nome comercial do plano	Uniamplo Adesão Plus
Registro do plano na ANS	489.703/21-0
Tipo de contratação	COLETIVA POR ADESÃO
Segmentação assistencial	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
Padrão acomodação em internação	Individual / apartamento
Formação de preço	PRÉ PAGO
Fator moderador	SIM (COM COPARTICIPAÇÃO)
Abrangência geográfica	Regional a grupo de municípios
Área de atuação	Maceió/AL, Vitória/ES, Goiânia/GO, Belo Horizonte/MG, Belém/PA, João Pessoa/PB, Teresina/PI, Curitiba/PR, São Paulo/SP, Araguaína/TO, Gurupi/TO e Palmas/TO.

Serviços e coberturas adicionais	Urgências e Emergências fora da área de atuação
---	--

CAPÍTULO III. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 1. Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura dos custos médico-hospitalares, e das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **EXCLUSIVAMENTE** através dos procedimentos e eventos que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações, a ser prestado através de profissionais ou serviços de saúde **UNICAMENTE** integrantes da rede credenciada pela **CONTRATADA**, conforme regras e disposições previstas no presente contrato.

CAPÍTULO IV. DISPOSIÇÕES INICIAIS – ESTIPULANTE E CONTRATANTE

Art. 2. A administradora acima qualificada firma o presente contrato de plano de saúde coletivo por adesão, na condição de ESTIPULANTE, disponibilizando o produto para a CONTRATANTE, nos termos da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO V. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO

SEÇÃO I. PESSOAS ELEGÍVEIS PARA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Art. 3. São elegíveis para condição de beneficiários TITULARES do presente contrato, consoante inteligência do art. 9 da RN 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as pessoas que efetivamente demonstrem vínculo, de caráter profissional, classista ou setorial, com a CONTRATANTE, conforme estabelecido em seus atos constitutivos.

Art. 4. São elegíveis para condição de beneficiários DEPENDENTES do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- I. seu cônjuge ou companheiro, que comprove união estável como entidade familiar, conforme Lei Civil;
- II. seu(s) filho(s) solteiros até 30 (trinta) anos;
- III. seu(s) enteado(s) solteiros até 30 (trinta) anos, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- IV. menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição se estenderá até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente cursando ensino superior;
- V. as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do titular.

Parágrafo único - O ingresso e manutenção dos dependentes previstos neste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Art. 5. O não cumprimento das condições de elegibilidade dispostas nesta seção impossibilita a inscrição no presente contrato.

Art. 6. **Assume a ESTIPULANTE o encargo pela análise e informações de elegibilidade dos BENEFICIÁRIOS, respondendo por todo e qualquer dano causado à OPERADORA em caso de ingresso em descompasso com as regras contratuais e emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, salvo em caso de**

falsificação ou ato ilícito praticado pelo próprio Beneficiário, como a apresentação de documento falso.

SEÇÃO II. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA

Art. 7. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de **segmentação hospitalar com obstetrícia**, desde que cumpra as condições de elegibilidade previstas no presente contrato, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

- I. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- II. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
- III. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

Art. 8. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito **no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia** pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

SEÇÃO III. INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA

Art. 9. Poderão ainda ser inscritos no plano, desde que estejam dentre as pessoas elegíveis definidas na Seção I deste Capítulo, no prazo de 30 (trinta) dias do evento que conferiu este direito, os seguintes beneficiários:

- I. o menor de 12 anos adotado pelo beneficiário titular do plano de saúde, ou sob sua guarda ou tutela judicial, prazo contado da adoção, guarda ou tutela judicial;
- II. o filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário titular, prazo contado da data do reconhecimento;
- III. o cônjuge recém-casado com o beneficiário titular, prazo contado da celebração do matrimônio ou da união estável oficial.

SEÇÃO IV. DISPOSIÇÕES FINAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO

Art. 10. O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela ESTIPULANTE através de meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

Art. 11. A ESTIPULANTE tem o dever de encaminhar à CONTRATADA os documentos probatórios do vínculo com o beneficiário titular e da qualidade dos dependentes do mesmo, e ainda, os documentos de identificação pessoal, comprovante de endereço e outros solicitados pela CONTRATADA.

Art. 12. A ESTIPULANTE responsabiliza-se civil e criminalmente através de seus representantes legais, pelas informações recebidas sobre a titularidade ou dependência dos inscritos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.

Art. 13. A ESTIPULANTE é obrigada fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a

titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

Art. 14. TODA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PERMITIDA NO CONTRATO DEVERÁ SER SOLICITADA PELA ESTIPULANTE ATÉ O DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL DEFINIDA NESTE CONTRATO, EXCLUSIVAMENTE ATRAVÉS DA WEB SITE OU OUTRO MEIO ELETRÔNICO PADRONIZADO PELA CONTRATADA.

Art. 15. Para efeito de atendimento e de faturamento, as inclusões e exclusões de beneficiários serão consideradas a partir da data do vencimento subsequente à movimentação cadastral, indicada pela CONTRATANTE.

§ 1º. AS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES, DEVERÃO SER SOLICITADAS COM A ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA DE VENCIMENTO DA FATURA MENSAL.

§ 2º. Após o prazo definido no parágrafo anterior, a movimentação cadastral somente será realizada na data da fatura de vencimento seguinte aquela definida no referido parágrafo.

Art. 16. Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros, expedido pela CONTRATADA onde constarão, através de meios eletrônicos, dados pessoais, informações sobre o tipo de plano, carências quando for o caso, e outras informações que se fizerem necessárias, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto é indispensável para qualquer atendimento.

Art. 17. Os serviços previstos neste Contrato só poderão ser utilizados pelos beneficiários regularmente inscritos pela ESTIPULANTE e aceitos pela CONTRATADA, desde que cumpridas as demais condições igualmente previstas no presente contrato, tais como carências e cobertura parcial temporária para doenças e lesões pré-existentes.

CAPÍTULO VI. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

SEÇÃO I. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às condições contratuais, a cobertura de procedimentos relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, **desde que os respectivos tratamentos e procedimentos sejam realizados na área de abrangência e rede credenciada relativa ao Plano e estejam devidamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como sejam cumpridas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO dispostas pelo referido Órgão Regulador.**

Art. 19. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar se define como o espectro de cobertura do presente contrato, sendo o referido Rol utilizado para auferir toda a avaliação de **risco, precificação, mutualismo e solidariedade intergeracional**, de forma a garantir o essencial equilíbrio contratual e profícua assistência à saúde aos beneficiários.

Art. 20. **O presente contrato cobre exatamente a cobertura mínima obrigatória que esteja prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e respectivas Diretrizes de Utilização, não possuindo cobertura qualquer pedido que ultrapasse os referidos limites mínimos obrigatórios.**

Art. 21. **Todo e qualquer procedimento não previsto ou requisitado fora do limite ou das diretrizes de utilização definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar NÃO possuem cobertura contratual.**

Art. 22. Constitui parte integrante do presente contrato o respectivo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, inclusive as respectivas Diretrizes de Utilização, o qual a CONTRATANTE declara plena e integral ciência e concordância.

Parágrafo único – O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar encontra-se disponível no site: <http://www.ans.gov.br/>.

SEÇÃO II. COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 23. A Cobertura Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser seguida as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e que se cumpra as respectivas Diretrizes de Utilização**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

Art. 24. **Desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, seguindo as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e as respectivas Diretrizes de Utilização, a cobertura ambulatorial compreende:

I. cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo em número e de acordo com a previsão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

IV. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

V. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em número ilimitado de sessões por ano;

VI. cobertura das ações de planejamento familiar, desde que previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;

VII. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme regras do presente contrato e Resolução CONSU n. 13/98;

VIII. cobertura de 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 paciente ou pela necessidade de internação;

IX. cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

X. cobertura de 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 quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde e desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XI. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

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

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA;

XII. cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial;

XIII. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XIV. cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

§ 1º A segmentação ambulatorial não cobre, dentre as outras exclusões previstas neste contrato:

a) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;

b) quimioterapia oncológica intra-renal ou que demande internação; e

c) embolizações.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

SEÇÃO III. COBERTURA HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

Art. 25. A Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução CONSU n. 13/98, desde que os referidos procedimentos estejam **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser seguida as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e que se cumpram as respectivas Diretrizes de Utilização**, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.

Art. 26. **Desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, seguindo as regras de limitação quanto ao número de procedimentos e as respectivas Diretrizes de Utilização, a cobertura hospitalar compreende:

- I. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação **hospitalar**;
- II. cobertura de 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 transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas na Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- III. cobertura de transplantes, **desde que expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme competência prevista no §4º do art. 10 da Lei 9.656/98**, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) 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
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
- IV. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitando-se a segmentação contratada;
- V. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, devendo ser seguidas as regras definidas pelo Conselho Federal de Medicina para a solicitação dos referidos materiais;
- VI. cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e
 - c) pessoas com deficiência;
- VII. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- VIII. cobertura da 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;

IX. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde e desde que previstos nos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - c) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características: medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA;
 - d) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - g) embolizações desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
 - k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso VIII, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- I - 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 paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
 - II - 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 da segmentação hospitalar e plano referência.**

Art. 27. Caso o plano contratado não preveja cobertura hospitalar com obstetrícia, **não serão cobertos** os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, o próprio parto e puerpério.

Art. 28. Nas hipóteses de internações psiquiátricas, independente da causa, **ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência, haverá coparticipação do beneficiário de 50% do valor contratado entre a operadora e o respectivo prestador de serviços de saúde.**

SEÇÃO IV. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 29. As coberturas previstas na presente seção somente são cabíveis para o Plano Hospitalar **com Obstetrícia** e compreende toda a cobertura definida na seção anterior, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, desde que os procedimentos estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, devendo sempre observar os respectivos limites e diretrizes de utilização.

Parágrafo único – Cumpridas as condições previstas no *caput* e demais regras do contrato, como carência, a cobertura obstétrica compreende:

I. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

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

II. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, utilizando-se das carências já cumpridas pelo beneficiário.

Art. 30. Após o período previsto no inciso II do parágrafo único do artigo anterior, caso não ocorra a inscrição do recém-nascido ao plano, seja por perda de prazo ou mesmo inexistência de elegibilidade o Beneficiário deverá providenciar, em caso de recém-nascido internado, a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas a partir do 31º dia do nascimento.

Parágrafo único – Caso a inclusão do recém-nascido ao plano não tenha sido realizado por culpa ESTIPULANTE, esta assume integralmente as obrigações previstas no *caput*, ou seja, em caso de recém-nascido internado, a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas a partir do 31º dia do nascimento, além de eventual dano causado ao Beneficiário.

Art. 31. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência de 300 (trezentos) dias.

Art. 32. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

I. caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

II. caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

- a) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas;
- b) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
- c) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
- d) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

Art. 33. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

CAPÍTULO VII. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 34. **Não possui cobertura qualquer procedimento e/ou tratamento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou que exceda a cobertura mínima obrigatória que esteja prevista no referido Rol e/ou que não cumpra as respectivas Diretrizes de Utilização.**

Art. 35. **Além da expressa exclusão prevista no artigo anterior, não possui cobertura:**

- I. Procedimentos e eventos realizados fora da área de atuação do produto, inclusive casos de urgência e emergência, que não estejam de acordo com as regras previstas no presente contrato;
- II. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);
- III. Tratamentos clínicos, cirúrgicos experimentais, e emprego de medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e/ou não regularizados no Brasil (ANVISA), ou ainda aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou ainda aquele cujas indicações não constem da bula e/ou manual registrado na ANVISA (uso OFF-LABEL), salvo se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013;
- IV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- V. Qualquer tipo de Inseminação artificial, tais como Fertilização *in vitro*, 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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgias para mudança de sexo;
- VII. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou

total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

VIII. MAMOPLASTIA OU RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA, salvo EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES, conforme previsão do Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

IX. Internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

X. Tratamentos clínicos e/ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento;

XI. Transplantes de fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outros de qualquer natureza, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII. Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIII. Tratamentos odontológicos;

XIV. Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;

XV. Exame de paternidade;

XVI. Acupuntura por profissionais não médicos;

XVII. Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XVIII. Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;

XIX. Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;

XX. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;

XXI. Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

XXII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

XXIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

XXIV. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXV. Realização de quaisquer tipos de exames admissionais e demissionais, bem como outros vinculados à saúde ocupacional;

XXVI. Vacina imunizante (exceto se internado);

XXVII. ATENDIMENTO DOMICILIAR, compreendendo, dentre outros:

- a) Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- b) Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- c) Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- d) Serviços de enfermagem em caráter particular;
- e) Serviços de enfermagem domiciliar;
- f) Remoção domiciliar.

XXVIII. Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário

tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato;

XXIX. Despesas hospitalares de iniciativa do beneficiário e não prescritas pelo médico assistente;

XXX. Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese art. 33 da Lei 9.656/98;

XXXI. Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XXXII. Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar;

XXXIII. Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XXXIV. TRATAMENTO E ATENDIMENTO EM PRESTADORES, INCLUSIVE EM CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, QUE NÃO PERTENCEM À REDE DO PLANO CONTRATADO, EXCLUINDO, EXPRESSAMENTE OS HOSPITAIS DE ALTO CUSTO OU DE TABELA PRÓPRIA, A EXEMPLO DOS SEGUINTE (ROL NÃO TAXATIVO), AINDA QUE ESTES SEJAM CREDENCIADOS A QUALQUER COOPERATIVA DO SISTEMA NACIONAL UNIMED:

a) NA BAHIA: HOSPITAL ALIANÇA, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ESPANHOL, HOSPITAL SANTO AMARO E HOSPITAL SÃO RAPHAEL;

b) NO RIO GRANDE DO SUL: HOSPITAL MÃE DE DEUS, HOSPITAL MOINHO DE VENTO E INSTITUTO DE CARDIOLOGIA;

c) EM SÃO PAULO: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL NOVE DE JULHO, INCOR E ASSOCIAÇÃO SANATÓRIO SÍRIO, HOSPITAL DO CORAÇÃO; HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA MIRANTE; HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL SÃO LUIZ;

d) NO RIO DE JANEIRO: CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ, CLÍNICA BAMBINA LTDA, CLÍNICA SOROCABA S/A, CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA LTDA, OH-DAY HOSPITAL S/C LTDA, HOSPITAL BARRA D'OR, HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA, CLÍNICA PERINATAL LARANJEIRAS, CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, HOSPITAL QUINTA DOR, PRÓ-CARDÍACO E HOSPITAL SAMARITANO;

e) BRASÍLIA: HOSPITAL BRASILIA E RADIOLOGIA ANCHIETA.

XXXV. PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS E EVENTUAIS MÉTODOS CUJA REALIZAÇÃO NECESSITE DE ORTESES E PRÓTESES (ART . 10, VII, DA LEI 9.656), COMO O MÉTODO DE REABILITAÇÃO THERASUIT;

XXXVI. TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO OU TRATAMENTO QUE NÃO POSSUA A DEVIDA COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES;

XXXVII. PILATES, REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG) E MÉTODOS DERIVADOS, HIDROTERAPIA, MUSICOTERAPIA, ARTERAPIA, MASSOTERAPIA e EQUOTERAPIA (CONFORME PARECER TÉCNICO Nº 39/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR);

Art. 36. A CONTRATADA disponibiliza profissionais de saúde habilitados pelos seus respectivos conselhos (médico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta), para atender os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e, diante da prerrogativa profissional conferida por Lei e regras dos respectivos Conselhos, são os profissionais da rede do produto que executam o método terapêutico por eles definido e recomendado, NÃO ESTANDO A OPERADORA OBRIGADA A DISPONIBILIZAR PROFISSIONAL APTO A EXECUTAR DETERMINADA TÉCNICA OU MÉTODO.

Parágrafo único. Compete aos diversos profissionais da rede vinculada ao produto contratado (médico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta) avaliar os beneficiários acerca da indicação de tratamentos e métodos.

CAPÍTULO VIII. DA PERÍCIA E APRIMORAMENTO

Art. 37. A CONTRATADA fica reservada o direito de:

I. Fazer perícia e auditoria para liberação de todo e qualquer procedimento, sendo obrigatório comparecimento e esclarecimentos do beneficiário, sempre que solicitado;

II. Realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela CONTRATANTE e beneficiários, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

Art. 38. A CONTRATADA poderá realizar junta profissional para dirimir eventuais divergências nas solicitações de procedimentos, devendo o beneficiário apresentar as informações pertinentes para elucidação da dissensão.

Parágrafo único – A realização da junta profissional deverá seguir as regras delineadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO IX. DAS CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL

SEÇÃO I. DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 39. Carência é o período que o beneficiário deve cumprir para início das coberturas previstas no contrato.

Art. 40. Todos os beneficiários, salvo exceções **expressamente** previstas neste contrato, **deverão cumprir os períodos de carências definidos no ANEXO I, que faz parte integrante do presente ajuste.**

Art. 41. A contagem dos prazos de carências iniciar-se-á a partir da inclusão do beneficiário no plano e o respectivo início da fruição dos serviços contratados, observando, portanto, o período de movimentação cadastral.

SEÇÃO II. DA CARÊNCIA PARA OS CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

Art. 42. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência se o Beneficiário cumprir, no momento de ingresso ao plano coletivo por adesão, uma das seguintes condições:

a) Que o pedido de ingresso seja formalizado em até 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato;

b) a cada aniversário do CONTRATO, desde que o beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE após o prazo definido na alínea “a” do presente artigo, e a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do presente contrato.

§1º O presente artigo não se aplica ao caso do MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA e DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL e DO RECÉM-NASCIDO, que seguirão as regras especiais definidas nas seções seguintes.

§2º Não cumpridas as condições acima, os beneficiários cumprirão normalmente os períodos de carência previstos no ANEXO I do presente contrato.

SEÇÃO III. DA CARÊNCIA PARA O MENOR DE 12 ANOS ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA E DO FILHO MENOR DE 12 ANOS COM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL

Art. 43. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, e, desde que inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso, e desde que esteja prevista sua elegibilidade no contrato.

Art. 44. O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente e desde que inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitará os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

SEÇÃO IV. QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO

Art. 45. Em planos EXCLUSIVAMENTE de **segmentação hospitalar com obstetrícia**, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, desde que inscrito em até 30 dias do nascimento, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

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

SEÇÃO V. DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. As exceções ao cumprimento dos prazos de carência estão expressamente previstas no presente contrato e, não cumpridas as respectivas condições, o beneficiário deverá cumprir integralmente as carências previstas no ANEXO I.

Art. 47. Qualquer alteração de plano pelos beneficiários que importante na modificação de ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) para ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO), o Beneficiário somente poderá usufruir da acomodação individual (apartamento) após o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carência, contados da data de sua inclusão no novo plano, observada a não interrupção de pagamento das contraprestações pecuniárias.

Art. 48. Qualquer portabilidade de carências seguirá estritamente as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e que sejam aplicáveis ao presente plano de acordo com a data de sua assinatura.

CAPÍTULO X. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

SEÇÃO I. DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E RESPECTIVA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Art. 49. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Parágrafo único - O beneficiário titular e/ou seus dependentes estão obrigados, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

Art. 50. A informação da DLP será prestada por meio do preenchimento de Declaração de Saúde.

§1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§2º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§3º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não indicado pela CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

Art. 51. Na Declaração de Saúde o beneficiário titular e/ou seus dependentes deverão relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual, ficando sujeito à rescisão do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

Art. 52. A inscrição dos beneficiários somente efetivar-se-á após apresentação à CONTRATADA das Declarações de Saúde, aplicando-se a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) ou AGRAVO para aqueles que sejam portadores de doenças ou lesões preexistentes constantes nas Declarações de Saúde.

§1º **A Cobertura Parcial Temporária (CPT) se caracteriza pela suspensão por um período de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.**

§2º A contagem do período da CPT iniciar-se-á a partir da inclusão do beneficiário no plano coletivo, observando, portanto, o período de movimentação cadastral.

§3º O Agravo se caracteriza como acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

§4º O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a:

I - percentual ou valor do Agravo;

II - período de vigência do Agravo.

Art. 53. O período de CPT não se confunde com as CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL, que estão definidas em capítulo próprio neste contrato, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um **não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro.**

Art. 54. Na hipótese do beneficiário estar em período de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para o que for relacionado à DLP será limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento,

cessando previamente a partir da necessidade de internação, quando a responsabilidade financeira passará a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus à operadora.

Parágrafo único – A ESTIPULANTE deve colaborar e buscar, em conjunto com a OPERADORA, na realização de cobrança ao BENEFICIÁRIO dos valores delineados no *caput*.

SEÇÃO II. DA ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Art. 55. Havendo alegação pela operadora do conhecimento de doença e lesão preexistente e não declarada por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, o beneficiário será imediatamente comunicado pela CONTRATADA.

Art. 56. Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência ou não e aguardará o julgamento.

Art. 57. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

Art. 58. Constatando-se omissão ou falsidade nas declarações preenchidas, o beneficiário ficará sujeito à rescisão do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

§1º Constitui, dentre outros, dano à CONTRATADA todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes efetuadas após a data da efetiva comunicação (notificação) realizada pela Contratada ao beneficiário.

Art. 59. É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

SEÇÃO III. DOS CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 60. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trinta dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
- c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

Art. 61. Na hipótese de inscrição fora das condições previstas nesta seção será formalizada a arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

CAPÍTULO XI. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SEÇÃO I. DISPOSIÇÕES GERAIS E APLICÁVEIS A TODOS OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 62. Define-se como URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, de acordo com o artigo 35-C da Lei 9.656/98:

a) EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

b) URGÊNCIA: é o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Art. 63. O presente produto disponibiliza aos Beneficiários devidamente inscritos serviços de atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA em todo o território NACIONAL, nos municípios em que exista rede básica de prestadores hospitalares das cooperativas que integram o Sistema Unimed.

Art. 64. Os beneficiários **somente** terão direito ao atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA previsto nesta seção se **no município de demanda exista rede básica de prestadores hospitalares de alguma das cooperativas que integram o Sistema Unimed.**

Parágrafo único – Considera-se município de demanda o local onde o Beneficiário pretende obter o atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA.

Art. 65. O atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA ora contratado será realizado única e exclusivamente na rede básica hospitalar do Sistema Unimed e **desde que realizado em prestador HOSPITALAR, NÃO** sendo cabível a utilização de HOSPITAIS DE ALTO CUSTO, HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E PRESTADORES AMBULATORIAIS, COMO CLÍNICAS E/OU CONSULTÓRIOS MÉDICOS.

§ 1º. HOSPITAIS DE ALTO CUSTO são hospitais que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica para os quais não há cobertura do presente contrato.

§ 2º. HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA são hospitais que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para Honorários Médicos e SADT, materiais, medicamentos e gasoterapia para os quais não há cobertura do presente contrato.

§ 3º. **Os atendimentos de urgência e emergência ora contratados devem ser realizados ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE em prestadores hospitalares, SENDO VEDADA A REALIZAÇÃO DOS REFERIDOS ATENDIMENTOS EM CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS E AMBIENTES UNICAMENTE AMBULATORIAIS.**

Art. 66. A rede básica de prestadores hospitalares de atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA poderá ser consultada mediante contato com a CONTRATADA em seus serviços de atendimento telefônico ou presencial, bem como por meio do site: <http://www.unimedpalmas.com.br>.

Parágrafo único – A CONTRATADA declara para os devidos fins que não tem dúvidas acerca da rede básica de prestadores hospitalares, tendo acessado integralmente a lista dos referidos serviços, com a qual concorda pela assinatura do presente contrato, tendo o dever de realizar ampla divulgação aos beneficiários.

Art. 67. Fica **EXPRESSAMENTE** excluído da cobertura do presente contrato, o atendimento em prestadores hospitalares denominados de ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA, já conceituados no presente contrato.

Parágrafo único. **De forma expressa e exemplificativa (ROL NÃO TAXATIVO)**, os seguintes prestadores, ainda que estes sejam credenciados a qualquer cooperativa do

Sistema Nacional Unimed, **NÃO COMPÕE A REDE DE ATENDIMENTO DO PRESENTE CONTRATO:**

- a) NA BAHIA: HOSPITAL ALIANÇA, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ESPANHOL, HOSPITAL SANTO AMARO E HOSPITAL SÃO RAPHAEL;
- b) NO RIO GRANDE DO SUL: HOSPITAL MÃE DE DEUS, HOSPITAL MOINHO DE VENTO E INSTITUTO DE CARDIOLOGIA;
- c) EM SÃO PAULO: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, HOSPITAL NOVE DE JULHO, INCOR E ASSOCIAÇÃO SANATÓRIO SÍRIO, HOSPITAL DO CORAÇÃO; HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA MIRANTE; HOSPITAL OSWALDO CRUZ, HOSPITAL SÃO LUIZ;
- d) NO RIO DE JANEIRO: CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ, CLÍNICA BAMBINA LTDA, CLÍNICA SOROCABA S/A, CLÍNICA PEDIÁTRICA DA BARRA LTDA, OH-DAY HOSPITAL S/C LTDA, HOSPITAL BARRA D'OR, HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA, CLÍNICA PERINATAL LARANJEIRAS, CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, HOSPITAL QUINTA DOR, PRÓ-CARDÍACO E HOSPITAL SAMARITANO;
- e) BRASÍLIA: HOSPITAL BRASILIA E RADIOLOGIA ANCHIETA.

Art. 68. Durante o atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, identificada a necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos ou internação hospitalar, a CONTRATADA reserva-se no direito de realizar a remoção do paciente para nosocômio próprio (Hospital Unimed Palmas) ou outro integrante da rede hospitalar direta da CONTRATADA, que tenha condições de dar continuidade à assistência à saúde.

§ 1º. A remoção estabelecida *caput* tem a finalidade de garantir o atendimento e possibilitar à CONTRATADA a condução dos serviços na rede hospitalar direta, de forma que seja possível realizar a mais elevada atenção ao paciente.

§ 2º. Rede hospitalar direta é formada pelos prestadores hospitalar que possuem instrumento jurídico assinado diretamente com a CONTRATADA, enquanto a rede indireta é aquela em que o prestador realiza o serviço mediante intermediação de outra cooperativa integrante do Sistema Unimed.

Art. 69. A prestação de serviços prevista nesta seção cessa imediatamente quando o Beneficiário não mais se encontra na situação de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, devendo, a partir deste momento, seguir estritamente as regras de assistência previstas nas outras seções.

Art. 70. Terá o beneficiário direito a reembolso, **nos limites das obrigações contratuais**, das despesas efetuadas com assistência à saúde, **em casos de urgência ou emergência**, quando, nos municípios de demanda em que exista rede básica do Sistema Unimed, não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sendo o valor do reembolso **de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA com sua rede direta**, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

§1º O termo “nos limites das obrigações contratuais” significa que somente são reembolsáveis os procedimentos que possuem cobertura contratual.

§2º O reembolso ao beneficiário será realizado **de acordo com os valores da tabela de preços praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada direta**.

SEÇÃO II. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PERÍODOS DE CARÊNCIA E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 71. Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas **APENAS EM AMBIENTE AMBULATORIAL**, nos seguintes casos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

I. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, **durante o período de carência para parto**;

II. Atendimentos que evoluírem para internação, durante o período de carência para internação;

III. Atendimento que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes durante o período de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Art. 72. A partir do prazo estabelecido no artigo anterior – primeiras 12 (doze) horas do atendimento, e/ou havendo a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar – a responsabilidade financeira passa a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus à operadora.

Parágrafo único – A ESTIPULANTE deve colaborar e buscar, em conjunto com a OPERADORA, na realização de cobrança ao BENEFICIÁRIO dos valores delineados no *caput*.

CAPÍTULO XII. DA REMOÇÃO

Art. 73. O presente capítulo dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, **com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência**.

Art. 74. A remoção de beneficiários de plano com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da CONTRATADA, **somente** quando ocorrer:

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

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

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, 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 cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, 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 produto do beneficiário e na**

indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

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

§ 1º. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

§ 2º. Para obtenção da remoção prevista no presente artigo, **é obrigatório que o BENEFICIÁRIO, ou respectivo representante, entre em contato com a CONTRATADA, para dar-lhe ciência e que sejam tomadas as providências para a remoção, sendo que, eventual remoção realizada de forma particular pelo BENEFICIÁRIO, sem consentimento da CONTRATADA, não conferirá direito a nenhum reembolso.**

§ 3º. **Compete à CONTRATADA definir a unidade de saúde destino, dentre as constantes da rede do produto e, sempre que possível, as remoções serão realizadas para o HOSPITAL UNIMED PALMAS.**

Art. 75. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência **não será obrigatória, quando não cumpridas as condições previstas na cláusula anterior, bem como nas seguintes hipóteses:**

I - de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011; ou

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

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, quando a referida unidade de saúde de origem possui plena condição de continuidade de atendimento ao beneficiário.

Art. 76. Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze horas) em caso de urgência e emergência e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

- a) em período de carências para internação e/ou parto;
- b) em período de Cobertura Parcial Temporária para DLP.

Art. 77. Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviços de emergência, visando a continuidade do atendimento.

Art. 78. Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

Art. 79. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude

de risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XIII. DO REEMBOLSO

Art. 80. Terá o beneficiário direito a reembolso, **nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, SOMENTE EM CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA**, e quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, **de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto**, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

§3º O termo “nos limites das obrigações contratuais” significa que somente são reembolsáveis os procedimentos que possuem cobertura contratual, ou seja, se realizados na área de atuação do produto e que esteja contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§4º O reembolso ao beneficiário será realizado **de acordo com os valores da tabela de preços praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada**, ou seja, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

Art. 81. Para realizar o pedido de reembolso, faz-se necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- I. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio, disponibilizado pela CONTRATADA;
- II. Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados e a data do atendimento;
- III. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- IV. Relatório hospitalar discriminando a data da internação e da alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais originais;
- V. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- VI. Quaisquer outros documentos solicitados pela CONTRATADA, para avaliação das condições necessárias à análise do pedido de reembolso.

Art. 82. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento de urgência e emergência que originou o atendimento ao beneficiário e que estejam contempladas na cobertura contratada.

Art. 83. A partir da entrega de toda documentação, a CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso.

§1º O prazo definido no caput é reiniciado em caso de pedido de complemento de documentos ao beneficiário.

Art. 84. O pagamento do reembolso será realizado somente ao beneficiário titular ou, em caso de falecimento deste, ao respectivo representante nomeado judicialmente.

Art. 85. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 3(três) meses da data do evento.

CAPÍTULO XIV. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 86. Para obter as coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a utilização dos serviços prestados.

Art. 87. Fica expressamente proibida a realização de acordo particular pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, não tendo a CONTRATADA quaisquer responsabilidades acerca do referido ajuste, correndo as despesas decorrentes do ato por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

Art. 88. **O presente plano de saúde NÃO disponibiliza livre escolha de profissionais e prestadores aos beneficiários, devendo estes serem direcionados e indicados pela CONTRATADA e constantes da rede credenciada que esteja vinculada ao plano escolhido.**

§1º A CONTRATADA não se responsabiliza, não tendo direito a qualquer reembolso, atendimentos e procedimentos realizados em desacordo com os mecanismos de regulação pelos beneficiários e em profissionais e rede que não participa da rede do plano contratado, sendo, inclusive, vedado o acordo direto do BENEFICIÁRIO com qualquer prestador de serviços de saúde.

SEÇÃO I. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 89. Para obtenção do atendimento, é obrigatória a apresentação da respectiva carteira de identificação do Beneficiário, além do documento de identificação.

Art. 90. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, a ESTIPULANTE e a CONTRATANTE envidarão os melhores esforços para devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, sob pena de responderem, solidariamente, pela utilização indevida do referido documento, exceto quando relacionadas a procedimentos que demandem autorização prévia da CONTRATADA para sua realização, casos em que a ESTIPULANTE e CONTRATANTE estarão livres de qualquer responsabilidade.

Art. 91. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, através da web site ou outro meio eletrônico padronizado pela CONTRATADA, ou ainda por escrito.

Parágrafo único - O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será da ESTIPULANTE, não eximindo o BENEFICIÁRIO de arcar com o ressarcimento diretamente à ESTIPULANTE.

SEÇÃO II. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 92. Os serviços contratados devem seguir as condições contratuais, como cobertura, área de atuação do plano e condições de atendimento.

SUBSEÇÃO I. DA PORTA DE ENTRADA

Art. 93. A **PORTA DE ENTRADA** é um mecanismo de regulação, previsto na Resolução CONSU n. 08/1998, que, no âmbito do presente contrato, tem como característica a obrigatoriedade do BENEFICIÁRIO se dirigir ao **HOSPITAL UNIMED PALMAS** para obtenção de todos os procedimentos e eventos da COBERTURA HOSPITALAR, local em

que será realizada a avaliação, acompanhamento e, caso seja necessário, o encaminhamento para outros prestadores.

Art. 94. Os procedimentos e eventos eletivos da cobertura hospitalar (atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, sejam internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas) devem necessariamente, quando o município de demanda for a cidade de PALMAS-TO, ser realizados inicialmente no **HOSPITAL UNIMED PALMAS**, local onde será realizada a avaliação dos pacientes e, caso necessário, o encaminhamento para outros prestadores.

SUBSEÇÃO II. REGRAS PARA OBTENÇÃO DE ATENDIMENTO

Art. 95. Os serviços contratados, seguindo as condições contratuais, como cobertura e área de atuação do plano, são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas Eletivas: Os beneficiários serão atendidos pelos médicos cooperados e vinculados ao plano, observando o horário de seus consultórios e com agendamento prévio.

II. Consultas Médicas em pronto socorro: As consultas em pronto socorro serão realizadas na rede credenciada do plano e prestadas pelo médico que estiver de plantão.

III. atendimentos ambulatoriais: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou de outra Cooperativa Unimed autorizada pela CONTRATADA, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

IV. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da CONTRATADA ou de outra Cooperativa Unimed autorizada pela CONTRATADA, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

V. Procedimentos e eventos eletivos da cobertura hospitalar (atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, sejam internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas): quando demandado na cidade de Palmas – TO, devem necessariamente ser realizados inicialmente no **HOSPITAL UNIMED PALMAS (PORTA DE ENTRADA)**, local onde será realizada a avaliação dos pacientes e, caso necessário, o encaminhamento para outros prestadores; Em outros municípios constantes da área de atuação do produto, o BENEFICIÁRIO deve se dirigir, obrigatoriamente, à um dos prestadores hospitalares que constam na respectiva rede do produto.

Art. 96. O Beneficiário, para obtenção da cobertura assistencial de seu plano, deve requerer prévia autorização da CONTRATADA, que garantirá o atendimento nos prazos definidos na Resolução Normativa n. 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que venha a substituí-la.

Parágrafo único – Os casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede credenciada, seguirão as regras definidas pela Resolução Normativa n. 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que venha a substituí-la.

Art. 97. Para autorização prévia, o beneficiário deverá entrar em contato com a CONTRATADA, podendo se utilizar dos meios disponibilizados pela Operadora, sempre ciente das informações constantes de seu cartão magnético de identificação, guia de

solicitação do procedimento, além do laudo, relatório e exames e quaisquer outros documentos para avaliação do pedido.

§1º Poderá ser exigida a apresentação da documentação por meio físico pela CONTRATADA, que deve ser entregue no local de atendimento presencial ou outro definido e informado pela CONTRATADA no momento da solicitação, tais como a unidade de INTERCÂMBIO da Unimed do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

Art. 98. Caso seja necessária a presença do Beneficiário para perícia ou junta médica, este deverá comparecer ao local indicado pela CONTRATADA, munido dos documentos solicitados.

Art. 99. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico desempatador para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada do plano.

Art. 100. Os serviços ora contratados são prestados, conforme regras definidas neste contrato, exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na rede credenciada do plano contratado e sua respectiva área de atuação, que pode ser consultada através do site www.unimedpalmas.com.br ou atendimento telefônico.

Art. 101. 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 exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Art. 102. É facultada à CONTRATADA a substituição de entidades hospitalares e prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, conforme regras regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§1º Configura-se entidade hospitalar o estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

Art. 103. A substituição especificamente de entidade hospitalar vinculada à rede do produto poderá ocorrer desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§1º Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§2º Excetua-se os casos de substituição de entidade hospitalar, por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

§3º O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado à ESTIPULANTE, que tem o dever de realizar a devida comunicação aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

SEÇÃO III. DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 104. A coparticipação consiste no pagamento pela ESTIPULANTE à CONTRATADA de uma parte da despesa assistencial, após a realização do(s) procedimento(s), estipulada previamente em valor fixo ou percentual, conforme definido no **ANEXO II**.

§1º O pagamento da coparticipação estipulada no *caput* não exime o BENEFICIÁRIO de arcar com o ressarcimento diretamente à ESTIPULANTE.

§2º A responsabilidade pelo pagamento da coparticipação fica condicionada a apresentação da fatura em layout acordado entre a ESTIPULANTE e CONTRATADA, referente aos eventos realizados na vigência do contrato, sendo certo que, a OPERADORA somente poderá cobrar as coparticipações de utilizações em até 180 (cento e oitenta) dias da cobrança realizada pelo prestador.

Art. 105. Quando for o caso, os valores da coparticipação serão cobrados juntamente com as mensalidades do plano, devendo ser pagos integralmente pelo ESTIPULANTE diretamente à CONTRATADA, respeitadas as regras definidas no artigo anterior.

Art. 106. Os percentuais definidos no **ANEXO II** são aplicados sobre o valor das despesas com assistência médica e hospitalar, conforme art. 16, VIII da Lei 9.656/98.

Parágrafo único – Como o percentual de coparticipação é aplicável sobre o valor das despesas com assistência médica e hospitalar, é admissível ocorrer variação de preços de procedimentos e, conseqüentemente, no valor da coparticipação, a depender do prestador, localidade, especialidade médica, horário de atendimento, etc.

Art. 107. Tendo em vista que as cobranças de coparticipação dependem da apresentação das respectivas faturas pela rede prestadora, os valores não tem prazo pré-determinado para serem enviados para pagamento, que deverão realizá-lo juntamente com a mensalidade do mês em que tais valores forem apresentados.

Art. 108. Quando a realização do procedimento ou evento se der em rede própria da Operadora, os percentuais definidos no **ANEXO II** incidirão sobre o valor previsto na tabela disponibilizada no endereço: <http://www.unimedpalmas.com.br/>

Art. 109. Os valores praticados com a rede prestadora e a tabela relacionada à rede própria sofrerão reajustes, seguindo os parâmetros de contratualização com os prestadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 110. Fica estabelecido que a obrigação da ESTIPULANTE em realizar os pagamentos referentes à coparticipação permanece mesmo que a apresentação da cobrança ocorra após a desvinculação dos respectivos beneficiários ao presente contrato, ou após a rescisão ou resilição do mesmo, aplicando-se, no mais, as regras do art. 110.

Art. 111. Será de responsabilidade da ESTIPULANTE o pagamento da coparticipação estipulada, por todos os beneficiários titulares ou dependentes inscritos no presente contrato, que será cobrada pela CONTRATADA.

Parágrafo único – Em caso de inadimplência da ESTIPULANTE, o CONTRATANTE será solidariamente responsável pelo pagamento da coparticipação e demais despesas relativas ao plano ora contratado.

CAPÍTULO XV. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 112. A formação do preço deste plano de saúde será em regime de PRÉ-PAGAMENTO, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária será adimplido pela ESTIPULANTE antes da utilização das coberturas contratadas.

Art. 113. O pagamento dos valores previstos em contrato será de responsabilidade da Administradora de Benefícios, na condição de ESTIPULANTE, o que não exime o BENEFICIÁRIO de arcar com este pagamento diretamente à ESTIPULANTE, que desde já fica autorizada a realizar tal cobrança, consoante regras pactuadas com o BENEFICIÁRIO .

Art. 114. Para ter direito aos serviços contratados, a ESTIPULANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA até a data de vencimento, definida no respectivo termo de adesão, os valores de inscrição (a título de despesas operacionais iniciais por beneficiário inscrito no plano) e mensalidade de todos os beneficiários inscritos, além dos valores relativos à coparticipação.

Art. 115. O ESTIPULANTE pagará à CONTRATADA por meio de cobrança bancária e quando o expediente cair em dia em que não há expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 116. Se a ESTIPULANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

Art. 117. Ocorrendo impontualidade no pagamento de quaisquer valores previstos neste contrato, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, mais multa de 2% (dois por cento).

Art. 118. Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias das coparticipações, agravos, ou quaisquer outras despesas decorrentes do contrato constituem dívida líquida e certa de responsabilidade da ESTIPULANTE, passível de execução, mesmo após a rescisão do contrato.

Parágrafo único - Em caso de inadimplência da ESTIPULANTE, o CONTRATANTE será solidariamente responsável pelo pagamento de todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias das coparticipações, agravos, ou quaisquer outras despesas decorrentes do contrato.

Art. 119. Na hipótese de o beneficiário solicitar segunda via do cartão de identificação será devido à CONTRATADA o valor de R\$ 20,00 (vinte reais), a serem cobrados juntamente com a fatura de mensalidades à ESTIPULANTE, não eximindo o BENEFICIÁRIO de ressarcimento a esta.

CAPÍTULO XVI. REAJUSTE

Art. 120. Os valores previstos neste contrato foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos cobertos (Rol de Procedimentos e Eventos da ANS), as carências, as exclusões de cobertura, a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico, dessa forma, qualquer alteração nestes itens ensejará a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente negociado e aditado entre as partes.

Art. 121. Anualmente será aplicado o reajuste econômico e técnico conforme estabelecido neste capítulo.

SEÇÃO I. REAJUSTE ECONÔMICO

Art. 122. Os valores das mensalidades e tabelas de preços serão reajustadas automaticamente e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice INPC – PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

§1º Na falta da divulgação do índice do INPC – PLANOS DE SAÚDE, será utilizado o índice que vier a substituí-lo oficialmente e, na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

§2º Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

Art. 123. Para efeito da aplicação do índice descrito no item anterior, será considerada a seguinte fórmula:

$$RE = (1 + IF) - 1$$

Onde:

RE = Reajuste Econômico

IF = Índice Financeiro percentual

SEÇÃO II. REAJUSTE TÉCNICO

Art. 124. Além do reajuste econômico apontado acima, será realizado ainda o reajuste técnico (RT), com base no percentual de sinistralidade apurado, observando a tabela abaixo:

REAJUSTE POR SINISTRALIDADE	
Sinistralidade Apurada	Reajuste Técnico (%)
Até 75%	0%
75,01 a 80%	5%
80,01 a 90%	10%
90,01 a 100%	15%
100,01% a 110%	20%
110,01% a 120%	30%
120,01% a 150%	35%
Mais de 150,01%	40%

Art. 125. O cálculo de sinistralidade contratual será realizado levando em consideração as seguintes regras:

- No primeiro ano do contrato, a sinistralidade para fins de cálculo do Reajuste Técnico será obtida considerando as despesas e receitas realizadas no período compreendido entre o 4º (quarto) e o 10º (décimo) mês de vigência do presente contrato.
- Nos aniversários subsequentes, a sinistralidade para fins de cálculo do Reajuste Técnico será obtida considerando as despesas e receitas de doze meses, desconsiderando, para referida apuração, os dois últimos meses anteriores à data de aniversário.

Art. 126. Para cálculo da sinistralidade utilizar-se a seguinte fórmula:

$$SiA = \frac{\sum_{k=1}^{12} Sin_k}{\sum_{k=1}^{12} Rec_k}$$

SiA = Sinistralidade observada do contrato

k = Meses de apuração

Sin = Despesas Assistenciais do Contrato no período de apuração

Rec = Receitas (contraprestações mensais) do contrato no período de apuração

Art. 127. 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 no serviço público.

SEÇÃO III. REAJUSTE TOTAL

Art. 128. O cálculo total do reajuste a ser aplicado considerará o **acúmulo** dos reajustes econômico e técnico (seções anteriores), através da fórmula abaixo:

$$R = (1 + RT\%) \times (1 + RE\%) - 1$$

Onde:

R = Percentual de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RE % = Reajuste Econômico Percentual

Art. 129. As partes estabelecem também que:

I. O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei 9.656/98, ou se a legislação vier a permitir;

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

III. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato.

SEÇÃO IV. REAJUSTE ESPECÍFICO PARA O AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

Art. 130. Considerando o disposto na RN nº. 309/2012 da ANS, este contrato prevê o agrupamento dos contratos coletivos empresariais ou por adesão com menos de 100 (cem) vidas para que seja calculado um reajuste único para o grupo, com exceção aos planos exclusivamente odontológicos, contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e contratos com formação de preços pós-estabelecidos.

Art. 131. A apuração da quantidade de beneficiários no contrato para a composição do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS será feita UMA ÚNICA VEZ POR ANO, no MÊS DE ANIVERSÁRIO de cada contrato ou no MÊS DA SUA CONTRATAÇÃO, se ainda não tiver feito aniversário.

Art. 132. O reajuste será obtido pela seguinte fórmula:

$$R = (1 + RT\%) \times (1 + RE\%) - 1$$

Onde:

R = Percentual de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual do Agrupamento

RE % = Reajuste Econômico Percentual do Agrupamento

Art. 133. O índice de Reajuste Econômico (RE) do agrupamento de contratos será o INPC PLANOS DE SAÚDE IBGE acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

Art. 134. O índice de Reajuste Técnico do agrupamento de contratos será aplicado caso seja apurada sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento), que é a meta de sinistralidade do presente contrato, e será obtido conforme a equação disposta a seguir:

$$SiA = \frac{\sum_{k=1}^{12} Sin_k}{\sum_{k=1}^{12} Rec_k}$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada no agrupamento dos contratos

k = Meses de apuração do agrupamento dos contratos

Sin = Despesas Assistenciais do Agrupamento dos Contratos no período de apuração

Rec = Receitas (contraprestações mensais) do Agrupamento dos contratos no período de apuração

Art. 135. O cálculo de sinistralidade do agrupamento de contratos será realizado levando em consideração as seguintes regras:

c) No primeiro ano do contrato, a sinistralidade para fins de cálculo do Reajuste Técnico será obtida considerando as despesas e receitas realizadas no período compreendido entre o 4º (quarto) e o 10º (décimo) mês de vigência do presente contrato.

d) Nos aniversários subsequentes, a sinistralidade para fins de cálculo do Reajuste Técnico será obtida considerando as despesas e receitas de doze meses, desconsiderando, para referida apuração, os dois últimos meses anteriores à data de aniversário.

Art. 136. Devidamente identificada a sinistralidade, o Reajuste Técnico será apurado pela seguinte fórmula:

$$RT = \text{máximo} \left(\frac{SiA}{SiR} - 1; 0 \right)$$

Onde:

RT = Reajuste Técnico do Agrupamento dos contratos

SiA = Sinistralidade observada do agrupamento dos contratos

SiR – Sinistralidade Meta (75%)

Art. 137. O percentual de reajuste obtido será aplicado no mês de aniversário do contrato integrante da carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS, no período compreendido a partir do mês de MAIO até ABRIL imediatamente posterior ao período de cálculo do índice de reajuste.

Art. 138. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a **carteira de AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS da operadora é tratada de forma unificada**, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

Art. 139. O percentual de reajuste será único para todos os beneficiários do presente contrato e para todos os contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS.

Art. 140. O reajuste a ser aplicado aos contratos do AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet, a partir do primeiro dia útil do mês de Maio de cada ano, conforme determinado pela norma em vigor.

Parágrafo único - O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto e na fatura de cobrança. Serão ainda devidamente identificados no Portal Corporativo da operadora, na Internet, os contratos e seus respectivos planos que receberão o reajuste no período de aplicação.

SEÇÃO V. FAIXAS ETÁRIAS

Art. 141. As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e percentuais de reajuste previstos no Termo/Proposta de Adesão.

Art. 142. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 143. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com os demais reajustes.

Art. 144. Os percentuais de variação etária foram fixados observando-se os seguintes critérios:

- I. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- III. as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

SEÇÃO VI. DISPOSIÇÕES GERAIS PARA O REAJUSTE

Art. 145. Os reajustes efetuados no presente contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela regulamentação em vigor, e não seguem as mesmas regras do reajuste para planos individuais e familiares.

Art. 146. O presente contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei 9.659/98, ou se a legislação vier a permitir.

Art. 147. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

Art. 148. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato e os reajustes serão aplicados a todos os beneficiários, independentemente da idade.

CAPÍTULO XVII. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

Art. 149. Serão excluídos do plano os beneficiários que deixarem de deter os requisitos de elegibilidade previstos no contrato.

Parágrafo único. Os beneficiários dependentes serão excluídos em caso de exclusão do beneficiário titular.

Art. 150. A EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO SE DARÁ PELO CANCELAMENTO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA ESTIPULANTE OU CANCELAMENTO DO CONTRATO PELA CONTRATANTE QUE CONCEDE ESTE BENEFÍCIO ÀS PESSOAS QUE LHE SÃO VINCULADAS.

Art. 151. A responsabilidade pela movimentação cadastral, inclusões e exclusões, nos termos do presente contrato, é da ESTIPULANTE, assumindo esta todos os danos causados por sua exclusiva culpa aos beneficiários e à CONTRATADA, tais como multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde ou indenizações por exclusões indevidas.

Art. 152. A PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO TITULAR DESTES PLANOS, PODE OCORRER AINDA:

- I. PELO ÓBITO DO BENEFICIÁRIO;
- II. PELA RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO;
- III. PELA PERDA DO VÍNCULO COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE OU ADERENTE AO PLANO DE SAÚDE CONTRATANTE, RESSALVADAS AS CONDIÇÕES PREVISTAS NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/98;
- IV. FRAUDE PRATICADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, APURADA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COMO UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, OU SEJA, QUANDO O BENEFICIÁRIO, AGINDO COMPROVADAMENTE COM CULPA OU DOLO, AUTORIZAR TERCEIRO A UTILIZAR SEU CARTÃO PARA REALIZAÇÃO DE QUAISQUER PROCEDIMENTOS;
- V. NOS CASOS DE OMISSÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE NA OPORTUNIDADE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, DEPOIS DE DEVIDAMENTE COMPROVADA PELA CONTRATADA JUNTO A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, NO RESPECTIVO PROCESSO ADMINISTRATIVO.
- VI. À PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº. 412/2016 (OU OUTRA QUE VIER A REVOGAR ESTA RESOLUÇÃO)

Art. 153. NO CASO DA ESTIPULANTE SOLICITAR A EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS, ESTA EXCLUSÃO DEVERÁ SER SOLICITADA EM CONFORMIDADE COM O ESTABELECIDO NO ACORDO OPERACIONAL FIRMADO COM A CONTRATADA.

Art. 154. A CONTRATADA SÓ PODERÁ EXCLUIR OU SUSPENDER A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS, SEM A ANUÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

- I. FRAUDE;
- II. POR PERDA DO VÍNCULO DO TITULAR COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, OU DE DEPENDÊNCIA, PREVISTOS NESTE CONTRATO, RESSALVADO O DISPOSTO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI 9.656/98.
- III. SE SOLICITADO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR À CONTRATADA, CASO TENHA SE EXPIRADO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, SEM QUE A ESTIPULANTE TENHA PROVIDENCIADO A COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO À OPERADORA.
- IV. SE O BENEFICIÁRIO TITULAR SOLICITAR SUA EXCLUSÃO OU DE SEU BENEFICIÁRIO DEPENDENTE JUNTO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE OU

ADERENTE AO PLANO DE SAÚDE, OU À PRÓPRIA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE (CONTRATADA).

Art. 155. A exclusão do beneficiário titular ou a perda da condição de beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Art. 156. A ESTIPULANTE deverá observar o prazo para o requerimento de exclusão de beneficiários sob pena de persistir a responsabilidade de pagamento de mensalidades, participações e outros encargos referentes à inscrição do beneficiário.

Art. 157. Caso seja devidamente comprovado que o beneficiário cometeu fraude, utilizando de forma indevida os serviços contratados, o beneficiário fraudulento, tanto titular como dependentes, serão excluídos do plano, ficando garantido à CONTRATADA o direito de emitir comprovante das despesas decorrentes da fraude, cujo pagamento será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO, sendo considerado título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.

Parágrafo único – A ESTIPULANTE deve colaborar e buscar, em conjunto com a OPERADORA, na realização de cobrança ao BENEFICIÁRIO dos valores delineados no *caput*.

Art. 158. É obrigação da ESTIPULANTE e CONTRATANTE, no caso de exclusão de beneficiários, comunicar a CONTRATADA, e envidar os melhores esforços para devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, sob pena de responderem, solidariamente, pela utilização indevida do referido documento, exceto quando relacionadas a procedimentos que demandem autorização prévia da CONTRATADA para sua realização, casos em que a ESTIPULANTE e CONTRATANTE estarão livres de qualquer responsabilidade..

CAPÍTULO XVIII. DURAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO

Art. 159. O presente contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data prevista no respectivo termo de adesão.

Art. 160. Não serão exigidas taxas de renovação caso esta ocorra.

CAPÍTULO XIX. DA RESCISÃO

Art. 161. O contrato e as inclusões realizadas por termo poderão ser objeto de rescisão, com a aplicação das penas convencionais eventualmente previstas e demais efeitos contratuais e legais, nas seguintes hipóteses:

a) a qualquer momento, pelo inadimplemento pela ESTIPULANTE ou CONTRATANTE dos valores previstos no contrato, por período superior a 15(quinze) dias, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DO CONTRATO, mediante notificação prévia de 10(dez) dias para regularização do débito;

b) a qualquer momento, por quaisquer das partes, por conduta fraudulenta, inadimplemento das obrigações previstas no contrato, ou pela prática de ato ilícito, mediante notificação prévia de 10(dez) dias à outra parte contratante;

c) a qualquer momento, pela CONTRATADA, por conduta fraudulenta de qualquer beneficiário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela omissiva ou comissiva;

d) imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses de vigência inicial do contrato e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, não cabendo, neste caso, qualquer aplicação de penas convencionais e indenização recíproca;

e) dentro da vigência do período de 12 (doze) meses iniciais do contrato, pela ESTIPULANTE, mediante prévia notificação à CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando sujeita, a ESTIPULANTE ao pagamento da multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência de 12 (doze) meses do contrato.

Parágrafo único. A manutenção dos serviços pela CONTRATADA, após os prazos estipulados na presente cláusula, visando o bom andamento dos serviços, não caracteriza novação e obriga à ESTIPULANTE e CONTRATANTE, solidariamente, ao respectivo pagamento da contraprestação, mantendo integralmente o direito da CONTRATADA de realizar a respectiva rescisão contratual.

Art. 162. A ESTIPULANTE e CONTRATANTE, solidariamente, em qualquer hipótese de rescisão contratual, se compromete:

a) Comunicar a rescisão aos BENEFICIÁRIOS, informando da extinção da responsabilidade da CONTRATADA em realizar os serviços de assistência à saúde, sob pena de se responsabilizar por todo e qualquer prejuízo causado à CONTRATADA em razão da ausência de comprovação desta comunicação;;

b) Envidar os melhores esforços para recolher as carteiras de identificação dos BENEFICIÁRIOS, sob pena de se responsabilizar por todo e qualquer prejuízo causado à CONTRATADA em razão da utilização indevida do documento, exceto quando relacionadas a procedimentos que demandem autorização prévia da CONTRATADA para sua realização, casos em que a ESTIPULANTE e CONTRATANTE estarão livres de qualquer responsabilidade.

Art. 163. Em qualquer hipótese de inadimplemento de valores pela ESTIPULANTE e CONTRATANTE, fica facultada a CONTRATADA, após a prévia notificação estabelecida na alínea “a” do art. 167, a promover a cobrança extrajudicial e judicial das faturas vencidas, com a ocorrência de antecipação do vencimento das vincendas, além de eventuais perdas e danos, acrescidas dos juros e penas convencionais ajustadas, atualização monetária, despesas e custas processuais e honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento).

Art. 164. O ESTIPULANTE e CONTRATANTE compromete-se a manter a quantidade mínima de beneficiários consoante acordado, durante a vigência deste e o não cumprimento desta regra enseja à CONTRATADA o direito de rescindir o ajuste caso não ocorra a adequação em um prazo de 30 (trinta) dias a partir da respectiva notificação.

Parágrafo único - Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na negociação entre as partes, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido, cabendo a(o) ESTIPULANTE e CONTRATANTE, solidariamente, pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes para atingir o mínimo exigido.

Art. 165. A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA SOBRE OS ATENDIMENTOS INICIADOS DURANTE A VIGÊNCIA DO CONTRATO CESSARÁ NA DATA DA RESCISÃO FORMAL DO MESMO E, EXCLUSIVAMENTE QUANDO A RESCISÃO FOR SOLICITADA PELA ESTIPULANTE, CORRERÃO QUAISQUER DESPESAS, A PARTIR DAÍ, POR CONTA DA ESTIPULANTE..

CAPÍTULO XX. DO CANCELAMENTO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO

Art. 166. A ESTIPULANTE e CONTRATANTE neste ato declara ciente das regras da Resolução Normativa n. 412/2016, a qual possibilita o cancelamento do plano de saúde a pedido do beneficiário, e se obriga ao cumprimento integral das respectivas disposições.

Art. 167. O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão à ESTIPULANTE, CONTRATANTE ou à OPERADORA.

Art. 168. As solicitações de exclusão recebidas pela ESTIPULANTE e CONTRATANTE DEVERÃO SER encaminhadas à OPERADORA, para adoção das providências cabíveis.

Art. 169. As solicitações de exclusão formuladas perante a CONTRATANTE tem efeito a partir da data de sua ciência pela operadora.

Art. 170. A CONTRATANTE e ESTIPULANTE se compromete a informar ao beneficiário do disposto no artigo 15 desta RN 412/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 171. As Partes responderão, nos limites de sua atividade e responsabilidade, pelo não cumprimento das obrigações previstas neste capítulo, inclusive oriundos de processos judiciais e administrativos, tal como aplicação de multa pelo órgão regulador..

CAPÍTULO XXI. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 172. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54 parágrafo 3.º do CDC, que a responsabilidade da CONTRATADA limita-se à relação de serviços enumerados no item “Cobertura Assistencial”, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS não tem cobertura neste contrato.

Art. 173. Compete à ESTIPULANTE fornecer à CONTRATADA, até o dia 31 de janeiro de cada ano e sempre que solicitado, de forma correta e discriminada, os valores cujo ônus financeiro tenha sido suportado pela pessoa física, para fins de informações à receita federal e respectiva declaração de imposto de renda.

Parágrafo único – Se a ESTIPULANTE não fornecer, de forma correta e discriminada, à CONTRATADA os valores cujo ônus financeiro tenha sido suportado pela pessoa física, serão considerados, para fins de informações à receita federal e declaração de imposto de renda, os valores integrais das contraprestações pecuniárias recebidas de cada segurado, independentemente de eventual participação financeira da pessoa jurídica contratante no pagamento.

Art. 174. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos tem preferência na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 175. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a ESTIPULANTE, CONTRATANTE e BENEFICIÁRIOS deverão formalizar reclamação para a devida apuração.

Art. 176. Toda e qualquer notificação/comunicação prevista neste contrato deverá ser encaminhada ao endereço constante da minuta contratual e informações dos beneficiários encaminhadas pela ESTIPULANTE e CONTRATANTE à CONTRATADA, tendo plena validade e eficácia a notificação enviada aos referidos endereços, que devem ser mantidos atualizados, seja das partes contratantes, seja dos beneficiários.

Art. 177. Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados por médicos cooperados, sendo que sua realização dar-se-á somente por médicos cooperados ou credenciados em locais credenciados e dentro da área de atuação do plano.

Art. 178. A ESTIPULANTE e CONTRATANTE declaram que tiveram conhecimento prévio do conteúdo do presente contrato, manifestando, neste ato, concordância com as cláusulas e condições inseridas nele, no qual adere livre e espontaneamente.

Art. 179. Integram este contrato, para todos os fins de direito, declarando a CONTRATANTE integral ciência e concordância:

- a) Anexos I, II e III;
- b) Termo de Adesão;
- c) Material explicativo da CONTRATADA incluindo a relação da rede credenciada para esse plano, cartões de identificação, entrevista qualificada e/ou exame médico quando for o caso, a declaração do estado de saúde do titular e dependentes quando for o caso, e a Carta de Orientação ao Beneficiário nos contratos coletivos em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, permanecendo sempre íntegras as cláusulas e condições ora contratadas;
- d) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, os quais neste ato foram repassados à CONTRATANTE e esta os entregará aos beneficiários do Plano;
- e) Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, inclusive as respectivas diretrizes de utilização.

CAPÍTULO XXII. ELEIÇÃO DE FORO

Art. 180. Fica definido como foro o município de domicílio da ESTIPULANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Palmas-TO, 01 de Novembro de 2021.

Clerton Lima Pinheiro

CONTRATANTE

[Assinatura]

CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Fian Nassif Souza

**ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE**

TESTEMUNHAS:

Sebastião Cristiano S. Figueirêdo

Nome: SEBASTIÃO CRISTIANO S. FIGUEIRÊDO

CPF: 598 760 341 - 20

Charles Lindberg Dantas

Nome: CHARLES LINDBERG DANTAS

CPF: 859 627 671-87

MFDS



ANEXO I – QUADRO DE CARÊNCIAS

QUADRO DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTOS / EVENTOS	PERÍODO DE CARÊNCIA (DIAS)
Urgência e Emergência	1 (24 HORAS)
Consultas	30
Procedimentos e eventos não definidos neste quadro e no contrato	30
Internação Hospitalar	180
Angiografia / Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral / Ultrassonografia / Tomografia computadorizada / Ressonância nuclear magnética / Medicina nuclear / Densitometria óssea / Laparoscopia diagnóstica Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido / Eletrocardiografia dinâmica (holter) / Monitorização ambulatorial de pressão arterial / Litotripsia / Radiologia com contraste / Videolaringoscopia computadorizada / Videolaparoscopia diagnóstica / Eletromiografia / Eletroneuromiografia / Hemodiálise e diálise peritoneal / Quimioterapia / Radioterapia / Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais / Fisioterapia / Nutrição parenteral ou enteral / Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica Embolizações e radiologia intervencionista / Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos	180
Nutricionista: até 12 sessões/ano, conforme DUT	180
Fonoaudiologia: até 24 sessões/ano, conforme DUT	180
Terapia ocupacional: até 40 sessões/ano, conforme DUT	180
Psicologia: até 40 sessões/ano, conforme DUT	180
Psicoterapia: até 12 sessões/ano, conforme DUT	180
Partos a termo	300

ATENÇÃO: Ultrapassado o período de carência contratual, os procedimentos e eventos previstos no quadro de carências não são disponibilizados de forma ilimitada, inclusive nos casos de urgência e emergência, mas devem seguir normalmente as regras para obtenção de cobertura contratual (área de atuação do produto, mecanismos de regulação, constar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cumprimento das Diretrizes de Utilização – DUT, entre outros), respectivas limitações previstas no contrato e na regulamentação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Cleiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE



CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassio Souza

ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE

SCSP UD

MFDS



coparticipa

ANEXO II – DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 1. Será devida coparticipação de acordo com a seguinte tabela:

PROCEDIMENTOS E EVENTOS	PERCENTUAL OU VALOR FIXO
a) Consultas;	50%
b) Todos os procedimentos e eventos previstos na cobertura ambulatorial;	25%
c) Internações hospitalares, em Clínicas Cirúrgicas e não Cirúrgicas	R\$ 200,00

§ 1º. O valor da coparticipação indicado na alínea “b” acima é limitado ao máximo de R\$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento ou evento da cobertura ambulatorial;

§ 2º. A coparticipação para **as internações psiquiátricas seguirá** a regra definida no próprio contrato.

Cleiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE



CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassis Souza

ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE

SCSF UD

MFDS



ANEXO III – DAS PRINCIPAIS DEFINIÇÕES PARA EFEITOS DO CONTRATO

ACIDENTE DO TRABALHO: é o que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão ou perturbação funcional que cause perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, que ocorrer no ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, da normatização, do controle e da fiscalização dos planos de saúde.

AGENTES POLÍTICOS: são os detentores de cargo eletivo, eleitos por mandatos transitórios, como os chefes do Poder Executivo e membros do Poder Legislativo, Ministros de Estado e Secretários.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a diluição do risco inerente ao grupo de contratos com determinado número de beneficiários, buscando equilibrar os reajustes.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: municípios ou estados de cobertura e operação do plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na CONTRATADA, que possui vínculo com a CONTRATANTE, conforme determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar - que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido no contrato.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente, devendo seguir as respectivas condições contratuais de dependência.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde sempre aplicada a atualização mais recente considerando o evento.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta

Claiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE



CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassio Souza

**ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE**

SCSF UD

MFDS



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.

CONSULTA: compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período).

CONTRIBUIÇÃO: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, CONTRATANTE ou o BENEFICIÁRIO, nos casos permitidos por Lei, deve pagar para a operadora referente às despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica (Art. 16, VIII, da Lei 9.656/98), compondo as obrigações financeiras exigíveis da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos permitidos por Lei, para a manutenção da contratação.

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): são orientações científicas aos profissionais de saúde sobre condução de alguns procedimentos constantes no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS que devem ser atendidos pelos beneficiários para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.

EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário.

GUIA MÉDICO DO PLANO CONTRATADO: é a relação de prestadores de serviços de saúde, disponibilizados ao beneficiário do plano de saúde - que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado - que está publicada no site www.unimedpalmas.com.br e é atualizada periodicamente, conforme modificação da rede.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica para os quais não há cobertura do presente contrato.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para Honorários Médicos e SADT, materiais, medicamentos e gasoterapia para os quais não há cobertura do presente contrato.

Claiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE



CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassio Souza

**ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE**

SCSF UD

MFDS



HOSPITAL-DIA: é aquele regime de internação próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e tão somente neles aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

INTERCÂMBIO: é o acordo operacional entre as UNIMEDS, regulamentado por meio do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma Cooperativa por outra que integre o sistema. Todo o processo respeita a estrutura física, a oferta de prestadores/cooperados e a forma de atendimento de cada singular.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: modalidade de internação que requer permanência na instituição por período superior a 12 (doze) horas, mediante as necessidades do quadro clínico do beneficiário quanto ao tratamento proposto pelo médico assistente.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e/ou procedimentos realizados.

MÉDICO COOPERADO: é o médico pertencente a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema UNIMED.

MENSALIDADE: valores definidos no contrato que devem ser pagos, mensalmente, para usufruir o plano de saúde, que somados à COPARTICIPAÇÃO (fator de moderação) e eventuais taxas contratualmente fixadas, constituem as obrigações financeiras contratuais obrigatórias que custeiam e modulam o plano de saúde.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: definição da mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados.

NOVO EMPREGO: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS: contraprestação financeira devida pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e CONTRATANTE compostas pelas mensalidades de todos os beneficiários inscritos no contrato, as coparticipações decorrentes das utilizações, as taxas descritas no presente, eventuais valores faturados em custo operacional, juros, multas e correção monetária.

ÓRTESE: dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido na cláusula de reajuste, em que são identificados todos os contratos que possuam determinado número de beneficiários, para que sobre estes incida o mesmo percentual de reajuste.

PERÍODO DE CÁLCULO DE REAJUSTE: período definido na cláusula de reajuste em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do reajuste.

PERÍODO DE APLICAÇÃO DE REAJUSTE: em caso de agrupamento de contratos, é o

Claiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE



CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassis Souza

**ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE**

SCSF UD

MFDS



período compreendido entre maio e abril, considerando-se que o índice a ser aplicável sempre será divulgado no mês de maio.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra-indicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

PROPOSTA DE ADMISSÃO/ADESÃO: é o documento que integra o presente contrato para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes, especifica as condições comerciais do contrato e no qual o CONTRATANTE se manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: procedimentos listados pela ANS de cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde, de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: é o conjunto de todas as UNIMEDs, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação.

URGÊNCIAS: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Cleiton Lima Pinheiro

CONTRATANTE

[Assinatura]

CONTRATADA

Farias Pereira de Sousa

Ivan Kassio Souza

**ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS/ESTIPULANTE**

SCSF UD

MFDS

